



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

TESIS PREVIA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

TEMA: Factores que determinan la adherencia al tratamiento en adultos mayores con HTA en el centro de salud Otavalo 2016

AUTOR: Edison Cristóbal Vinueza Játiva.

DIRECTOR DE TESIS: Dr. Douglas Noé Barros Bravo.


Ibarra, Ecuador

2017

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR

Yo, Doctor Douglas Barros B. en calidad de director de la tesis titulada: **“FACTORES QUE DETERMINAN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ADULTOS MAYORES CON HTA EN EL CENTRO DE SALUD OTAVALO 2016”**, de autoría de VINUEZA JÁTIVA EDISON CRISTÓBAL. Una vez revisada y hechas las correcciones solicitadas certifico que esta apta para su defensa y para que sea sometida a evaluación de tribunales.

Ibarra, a 16 de días del mes de febrero de 2016



Atentamente

Dr. Douglas Barros B.

DIRECTOR DE TESIS

C.I: 1706447925



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto Repositorio Digital Institucional, determinó la necesidad de disponer de textos completos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la Universidad. Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

| DATOS DE CONTACTO | | | |
|-----------------------------|------------|--|------------|
| CEDULA DE IDENTIDAD: | | 100385294-2 | |
| APELLIDOS Y NOMBRES: | | VINUEZA JÁTIVA EDISON CRISTÓBAL | |
| DIRECCIÓN: | | IMBABURA – OTAVALO-JORDAN-CDLA JAIME PEREZ MONTALVO | |
| EMAIL: | | edisonvp307@hotmail.com | |
| TELÉFONO FIJO: | 062923-484 | TELÉFONO MÓVIL | 0993657977 |
| DATOS DE LA OBRA | | | |
| TÍTULO: | | “FACTORES QUE DETERMINAN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ADULTOS MAYORES CON HTA EN EL CENTRO DE SALUD OTAVALO 2016” | |
| AUTORA: | | VINUEZA JÁTIVA EDISON CRISTÓBAL | |

| | |
|------------------------------------|--|
| FECHA: AA/M/D | Ibarra, a 16 de días del mes de febrero de 2016 |
| SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO | |
| PROGRAMA: | <input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO |
| TITULO POR EL QUE OPTA | LICENCIATURA EN ENFERMERÍA |
| ASESOR O DIRECTOR | Dr. Douglas Barros B. |

2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Yo, Vinuesa Játiva Edison Cristóbal, con cédula de ciudadanía Nro. 100385294-2 en calidad de autor y titular de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente hago entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el repositorio digital institucional y uso del archivo digital en la biblioteca de la universidad con fines académicos para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la ley de educación superior artículo 144.

3. CONSTANCIAS

El autor manifiesta que la obra objeto de la presente es original y se la desarrollo sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es titular de los derechos patrimoniales por lo que asume la responsabilidad del contenido de la misma y saldrá en defensa de la universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a 16 de días del mes de febrero de 2016

AUTOR:

Firma..........

Vinueza Játiva Edison Cristóbal.

C.C. 100385294-2

ACEPTACIÓN.

Facultado por resolución de Consejo Universitario.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Yo, Vinuesa Játiva Edison Cristóbal, con cédula de ciudadanía Nro. 1003852942 manifiesto mi voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la ley de propiedad intelectual del Ecuador, artículo 4, 5 y 6 en calidad de autor de la obra o trabajo de grado denominado: “FACTORES QUE DETERMINAN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ADULTOS MAYORES CON HTA EN EL CENTRO DE SALUD OTAVALO 2016” que ha sido desarrollado para optar por el título: de Licenciada de Enfermería en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En mi condición de autor me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final impreso y digital a la Biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

Ibarra, a 16 de días del mes de febrero de 2016

Firma.....

EDISON CRISTÓBAL VINUEZA JÁTIVA
C.C. 100385294-2

DEDICATORIA

El presente trabajo investigativo lo dedico a mi Dios todopoderoso, por poner a las personas correctas en mi camino siempre, si alguien debo agradecer este triunfo es a Él.

A mis padres Rocío y Edison, por siempre apoyarme en mi camino estudiantil, y durante toda mi carrera estudiantil.

Gracias por apoyarme y ser un ejemplo de aplomo y superación, siempre estaré agradecido por su apoyo y confianza, al obtener este triunfo.

EDISON VINUEZA

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer al personal del centro de salud Otavalo, por toda la colaboración y apertura brindada para la realización de este estudio, ya que, de no ser por toda esa apertura y calidez, durante la realización de la investigación habría sido imposible la realización de este proyecto investigativo.

A la Universidad Técnica del Norte, fuente del saber, que me otorgó la oportunidad de formarme como profesional de la salud, y así culminar este gran sueño.

De la misma manera quiero brindar más sincero agradecimiento a la Lic. Mercedes Flores quien con sus sabios conocimientos, apoyo, tiempo y dedicación contribuyó para culminar este trabajo de Tesis.

EDISON VINUEZA

ÍNDICE

| | |
|--|------|
| CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR..... | ii |
| AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE | iii |
| CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE..... | vi |
| DEDICATORIA | vii |
| AGRADECIMIENTO | viii |
| ÍNDICE | ix |
| ÍNDICE DE TABLAS | xii |
| ÍNDICE DE GRÁFICOS | xii |
| RESUMEN..... | xiii |
| SUMMARY | xiv |
| TEMA: | xv |
| CAPÍTULO I..... | 1 |
| 1. El Problema de la Investigación..... | 1 |
| 1.1. Planteamiento del problema..... | 1 |
| 1.2 Formulación del problema | 2 |
| 1.2. Justificación | 3 |
| 1.4. Objetivos:..... | 4 |
| 1.4.1. Objetivo general: | 4 |
| 1.4.2. Objetivos específicos: | 4 |
| 1.5. Preguntas de investigación..... | 5 |
| CAPITULO II | 7 |
| 2. Marco teórico | 7 |
| 2.1. Marco Referencial..... | 7 |
| 2.2. Marco Contextual | 10 |
| 2.2.1. Descripción del área..... | 10 |
| 2.3. Marco Conceptual..... | 10 |
| 2.3.1. Definición de envejecimiento | 10 |
| 2.3.2. Definición de Adulto Mayor | 11 |

| | |
|--|----|
| 2.3.3. Cambios y características en el adulto mayor | 11 |
| 2.3.4. Hipertensión en el adulto mayor | 12 |
| 2.3.5. Definición y clasificación de la hipertensión | 12 |
| 2.3.6. Protocolo de toma de la presión arterial..... | 13 |
| 2.3.7. Epidemiología de la hipertensión arterial | 13 |
| 2.3.8. Etiología de la hipertensión arterial | 14 |
| 2.3.9. Fisiopatología de la hipertensión arterial en el adulto mayor | 14 |
| 2.3.10. Factores de riesgo asociados a complicaciones cardiovasculares..... | 15 |
| 2.3.11. Esquema de tratamiento según factores de riesgo..... | 15 |
| 2.3.12. Tratamiento farmacológico de la hipertensión..... | 17 |
| 2.3.13. Fármacos más utilizados en la hipertensión arterial | 17 |
| 2.3.14. Recomendaciones del JNC VIII para tratamiento farmacológico de la hipertensión. | 20 |
| 2.3.15. Tratamiento no farmacológico | 21 |
| 2.3.16. Concepto de adherencia al tratamiento | 21 |
| 2.3.17. Factores que determinan la adherencia terapéutica..... | 22 |
| 2.3.18. Formas de evaluación de la adherencia terapéutica | 23 |
| 2.3.19. Clasificación de la no adherencia al tratamiento..... | 23 |
| 2.4. Marco legal | 25 |
| 2.4.1. Constitución de la República del Ecuador | 25 |
| 2.4.2. Ley del Anciano. | 26 |
| 2.5. Marco Ético..... | 28 |
| 2.5.1. Principios éticos aplicados a la investigación en enfermería | 28 |
| CAPITULO III | 29 |
| 3. Metodología de la investigación..... | 29 |
| 3.1. Diseño de la investigación | 29 |
| 3.2. Tipo de estudio..... | 29 |
| 3.3. Localización del estudio. | 29 |
| 3.4. Población | 29 |
| 3.4.1. Universo | 29 |
| 3.4.2. Muestra..... | 30 |

| | |
|---|----|
| 3.4.3. Criterios de inclusión | 30 |
| 3.4.4. Criterios de exclusión..... | 30 |
| 3.5. Operacionalización de las variables..... | 31 |
| 3.6. Métodos y Técnicas | 34 |
| 3.7. Análisis de los resultados..... | 34 |
| CAPÍTULO IV | 35 |
| 4. Resultados de la investigación..... | 35 |
| CAPÍTULO V | 47 |
| 5. Conclusiones y recomendaciones..... | 47 |
| 5.1. Conclusiones..... | 47 |
| 5.2. Recomendaciones | 49 |
| BIBLIOGRAFÍA | 50 |
| ANEXOS | 54 |
| Anexo 1. Test de Morisky Green-Levine | 54 |
| Anexo 2. Plan de charla..... | 55 |
| Anexo 3. Tríptico educativo | 63 |
| Anexo 4. Firmas de Asistentes | 65 |
| Anexo 5. Imágenes charla educativa..... | 67 |
| Anexo 6. Encuesta..... | 68 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|---|----|
| Tabla 1. Clasificación de la hipertensión según valores de referencia (15)..... | 12 |
| Tabla 2. Esquema de tratamiento según grado de hipertensión y factores de riesgo (20) | 16 |
| Tabla 3. Recomendaciones del JNC VIII para tratamiento farmacológico (23)..... | 21 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|---|----|
| Gráfico 1. Población distribuida por grupo etario y género..... | 35 |
| Gráfico 2. Población según etnia | 36 |
| Gráfico 3. Población según estado civil..... | 37 |
| Gráfico 4. Población de acuerdo a nivel de socioeconómico..... | 38 |
| Gráfico 5. Adherencia al tratamiento según estado civil | 39 |
| Gráfico 6. Población según escolaridad | 40 |
| Gráfico 7. Cumplimiento de asistencia a citas médicas y participación en el club de adultos mayores..... | 41 |
| Gráfico 8. Adherencia al tratamiento farmacológico | 42 |
| Gráfico 9. Complicaciones asociadas a la hipertensión arterial..... | 43 |
| Gráfico 10. Relación entre dificultad del tratamiento y calidad de educación de indicaciones médicas recibidas | 44 |
| Gráfico 11. Cumplimiento del tratamiento no farmacológico en relación al tiempo de diagnóstico | 45 |
| Gráfico 12. Acceso a la medicación relacionado al control de la presión arterial | 46 |

RESUMEN

Factores que determinan la adherencia al tratamiento en adultos mayores con HTA
en el Centro de Salud Otavalo 2016

Autor: Edison Cristóbal Vinueza Játiva

Institución: Universidad Técnica del Norte

Correo: edisonvp307@hotmail.com

La adherencia a los tratamientos médicos en los adultos mayores está influenciada especialmente por la cultura, la educación y el seguimiento que el personal de salud realice; la presente investigación se realizó en el club de adultos mayores, que reciben atención en el Centro de Salud Otavalo. El objetivo fue identificar los factores que determinan la adherencia al tratamiento en adultos mayores, se utilizó la metodología cuantitativa, mediante un estudio descriptivo, para la recopilación de información se utilizó la encuesta conformada por 16 ítems en base del test de Morisky Green-Levine, los datos fueron ingresados a una base de datos creada en Microsoft Office Excel, luego se realizó las tablas y gráficos para su análisis; Entre los principales hallazgos, se encontró que el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico, es excelente en un 61%, y la adherencia al cambio de estilos de vida es del 47,7%, una de las principales complicaciones por la falta de adherencia es el síndrome metabólico que está presente en un 38,8% de los adultos mayores, se descubrió que aquellos que tenían un nivel de asistencia excelente a citas médicas, (68,8%), participan siempre (38,8%) en las actividades del club de adultos mayores, por otro lado, se reveló la importancia de la educación sobre las indicaciones médicas, ya que aquellos pacientes que percibían que la dificultad era baja, (68,8%), calificaron a la educación recibida como excelente (59,9%). Se llegó a la conclusión de que el personal de enfermería debe capacitarse en la educación al paciente y manejo de medicamentos antihipertensivos, ya que, por las graves complicaciones, se debería aumentar la adherencia al tratamiento al 100%.

Palabras clave: Adherencia al tratamiento, adultos mayores, hipertensión arterial

SUMMARY

The treatment adherence in older adults is directly influenced by culture, education and the medical surveillance to accomplish the treatment. This investigation was carried out in the club of older adults, who receive health treatment at the Otavalo Health Center. The objective was to identify factors determining adherence to treatment in older adults, using the quantitative methodology, using a descriptive study, the survey and observation were used to assess socioeconomic status and adherence to treatment, and the results were presented in statistical graphs created in Microsoft Office Word, among the main findings, it was found that the level of adherence to pharmacological treatment is excellent in 61% and adherence to lifestyle changes is 47.7% Also that one of the main complications due to lack of adherence is the metabolic syndrome that is present in 38.8% of the elderly, it was also found that those who had an excellent attendance level for medical appointments (68.8 (38.8%) in the activities of the club of older adults, on the other hand, the importance of education on medical indications was revealed, since those patients perceived that the difficulty was low, (68) , 8%), rated the education received as excellent (59.9%). It was concluded that nurses should be trained in patient education and management of antihypertensive drugs, due to the serious complications, adherence to the treatment should be increased to 100%.

Key words: Adherence to treatment, older adult, hypertension

TEMA:
FACTORES QUE DETERMINAN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN
ADULTOS MAYORES CON HTA EN EL CENTRO DE SALUD OTAVALO
2016

CAPÍTULO I

1. El Problema de la Investigación.

1.1. Planteamiento del problema

Estudios epidemiológicos han señalado las enfermedades cardiovasculares como la primera causa de morbilidad en los países desarrollados. La hipertensión arterial es el principal factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, para lograr disminuciones importantes en la mortalidad por enfermedades cardiovasculares, ya que esta enfermedad es asintomática, por su dificultad y su ausencia de síntomas definitorios, se estima que 100 millones de personas mayores de 25 años, de las cuales se estima el 54%, son adultos mayores; sufren de hipertensión de las cuales, el 10% ha sido diagnosticada, y de ellos una minoría correspondiente al 30% recibe tratamiento farmacológico y nutricional, considerando que solo el 10% de los individuos tratados se adhiere a su tratamiento, existiendo gran cantidad de complicaciones, como accidentes cerebro vasculares (1).

La incidencia en Ecuador es muy amplia y difusa en toda la población, ya que, por cada 100.000 habitantes en Ecuador, hay 1373 personas sufren hipertensión, de las cuales el 6% son adultos mayores y que sin el adecuado tratamiento pueden llegar a sufrir infartos y enfermedades vasculares, en Ecuador se estima que existen 8653 casos diagnosticados, de los cuales solo el 30% mantienen un régimen de tratamiento hipertensivo (2).

El cantón Otavalo cuenta con una población de 5000 adultos mayores a nivel del cantón de las cuales se estima que el 30% de estos (1500), tiene hipertensión arterial, en su gran mayoría no ha sido diagnosticada, en el área de Otavalo, se ha diagnosticado aproximadamente a 700 pacientes, de los cuales, se estima que 223 pacientes, reciben control médico periódico, un régimen farmacológico, así como nutricional. (3).

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son los factores que determinan la adherencia al tratamiento en los adultos mayores con hipertensión arterial en el centro de salud Otavalo?

1.2. Justificación

El estudio de las enfermedades cardiovasculares, ha cobrado relevancia, por ser la segunda causa de muerte a nivel mundial, por la morbilidad y mortalidad que estos producen. El estudio de los factores que condicionan la adherencia, beneficia directamente a los usuarios del centro de salud Otavalo, ya que permitirán fortalecer, los protocolos de tratamiento farmacológico, así como la educación en el cambio de los estilos de vida, que gozarán de una mejor calidad de vida, mayor esperanza de longevidad, así como evitar complicaciones graves como los accidentes cardiovasculares, comunes en el tratamiento incorrecto de la hipertensión arterial.

Mejorar la calidad del tratamiento antihipertensivo teniendo como indicador la adherencia al mismo, beneficiará al país, evitando las complicaciones y disminuyendo los costos de la atención de alta complejidad que este requiere, adicionalmente el pueblo Otavaleño gozará de atención moderna, actualizada y científica, ya que contará con tratamiento enfocado a resolver las necesidades y debilidades culturales, que dificultan una adherencia adecuada, permitiendo tener protocolos adecuados de tratamiento.

Ayudará a la familia Otavaleña, evitando la morbilidad, que conllevan las complicaciones cardiovasculares asociadas, que requieren cuidados exhaustivos, que afectan a su capacidad de trabajo, así como a la productividad que normalmente tienen, beneficiando incluso a la economía del país.

1.4. Objetivos:

1.4.1. Objetivo general:

Identificar los factores que determinan la adherencia al tratamiento en adultos mayores con hipertensión Arterial.

1.4.2. Objetivos específicos:

- Detallar los estándares sociodemográficos del grupo de estudio
- Verificar los estándares de cumplimiento de citas médicas y del tratamiento de los pacientes.
- Describir los factores que afectan y/o favorecen la adherencia al tratamiento
- Educar a los pacientes sobre los motivos, importancia y la necesidad de la adherencia al tratamiento

1.5. Preguntas de investigación

- ¿Cuál es el estado socio demográfico de los pacientes a estudiar?
- ¿Cuáles son los estándares del cumplimiento de las citas médicas y el tratamiento de los pacientes?
- ¿Qué factores intervienen en la adherencia al tratamiento?
- ¿Cómo socializar los motivos, la importancia y la necesidad de la adherencia al tratamiento?

CAPITULO II

2. Marco teórico

2.1. Marco Referencial

Se realizó un Estudio Nacional Sobre Adherencia al Tratamiento, en doce ciudades de Argentina, cuyo objetivo fue evaluar la adherencia al tratamiento y en base a ello el control de la presión arterial. Metodología: Este estudio fue realizado a 1784 pacientes, (999 mujeres, 785 hombres). El método utilizado fue el test de adherencia de Morisky Green-Levine, en base a ello, evaluar el control tensional en hipertensos esencial crónico, obteniéndose como resultado 859 individuos adherentes (48,15%) y 925 individuos no adherentes (51,85%). Las conclusiones de este estudio son que los individuos que tenían cobertura médica o estaban afiliados a programas sociales mostraban mejor adherencia (4).

Así también, se realizó en una institución de salud de Cali, Colombia el estudio sobre Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial, tuvo como objetivo determinar la efectividad de un programa de intervención biopsicosocial para reducir niveles de presión arterial y mejorar la adherencia al tratamiento de personas con diagnóstico de hipertensión arterial. El estudio fue cuasi-experimental, diseño intra e intergrupar, pre-post intervención. Fue aplicado en 44 pacientes, que no sufrían otra enfermedad crónica ni trastornos psiquiátricos. En adherencia al tratamiento los cambios post-intervención fueron estadísticamente significativos ($p = 0,05$; n.c. 95%), el 86,6% terminó en nivel alto de adherencia y el 11,4% finalizó en nivel medio, debido a sus creencias en el tratamiento farmacológico (5).

En tres provincias cubanas se realizó la investigación sobre Adherencia al tratamiento en hipertensos de áreas de salud del nivel primario 2003-2007, evaluó los niveles de adherencia al tratamiento que presentan pacientes hipertensos para determinar la magnitud de un problema que limita la eficiencia de los tratamientos indicados. Este estudio se enfocó en evaluar los niveles de adherencia al tratamiento en personas hipertensas en áreas de salud del nivel primario de atención durante los años 2003 a 2007 y describe el comportamiento de sus componentes en esas áreas. Seleccionando áreas de salud de municipios de las provincias La Habana, Cienfuegos y Granma. Se aplicó el cuestionario "Martín Bayarre Grau" para evaluar los niveles de adherencia y describir sus componentes: implicación personal, relación profesional-paciente y cumplimiento del tratamiento, a partir de los puntajes obtenidos en los ítems del cuestionario, se obtuvo como resultado que no había mucha influencia en el conocimiento de los pacientes, sino que se reflejaba que estaba delimitado por la capacidad del paciente para cumplir el tratamiento, ya que los pacientes no se adherían al tratamiento por olvido, ya que la adherencia fue mayor en 30% de los pacientes que recordaban su tratamiento, que en los que no lo recordaban totalmente, más no por omisión de las indicaciones brindadas por el profesional de la salud, ya que la incidencia de este fenómeno fue mínima (4%) (6).

Así mismo, se realizó un estudio de adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial, que tuvo como objetivo describir y analizar la adherencia a tratamiento farmacológico y no farmacológico, Metodología: El estudio fue de tipo descriptivo, transversal y no experimental, de tipo cuantitativo, aplicado a una muestra de 177 personas, que asisten a consulta externa a realizarse control de hipertensión arterial, obteniéndose un nivel de adherencia bajo (39%), y un nivel considerablemente elevado de comportamientos de no adherencia (42%), y no demuestra ningún comportamiento de adherencia, (19%). Demostrando que el comportamiento de la adherencia a los tratamientos es uno de los indicadores más importantes a evaluar en las personas con factores de riesgo para la salud cardiovascular, ya que la no adherencia conduce a mantener altos índices de morbimortalidad, con repercusiones a nivel social, económico, individual y familiar. Los programas de control de la

hipertensión arterial, tienen como reto principal lograr la adherencia a los tratamientos. Este reto se centra en poder conocer las experiencias que viven las personas, lo que permite identificar los problemas que deben enfrentar e interpretar los motivos que están relacionados con su comportamiento de adherencia (7).

El estudio sobre el Rol socioeconómico y la adhesión al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial - contribución de enfermería. Este estudio fue realizado en México durante el año 2010 y tuvo como objetivo relacionar la adherencia al tratamiento, al nivel socioeconómico, se utilizó un método descriptivo, transversal, con 161 individuos adultos mayores, bajo tratamiento de hipertensión arterial, los cuales tenían un bajo nivel de escolaridad, los métodos utilizados fueron la encuesta estructurada, el test de Morinsky Green-Levine y la observación. Entre los principales hallazgos estuvieron que el solo el 18% de los individuos fueron adherentes, mientras en relación al estadio socioeconómico el 39% de los pacientes, tienen un nivel socioeconómico bajo, de los cuales el 31,9% de estos mantenían su presión controlada. Una de las conclusiones a las que llegó este estudio, es que debe haber promoción en salud, de acuerdo al perfil socioeconómico del individuo que priorice la adherencia y el manejo de drogas antihipertensivas (8)

En el estudio de Adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos atendidos en Assbasalud ESE, Manizales (Colombia) 2011, esta investigación fue de tipo transversal y descriptiva, llevada a cabo durante el segundo semestre del año 2011, con el objetivo de evaluar la adherencia al tratamiento de HTA en pacientes hipertensos, beneficiarios del programa ASSBASALUD. Se aplicó a una población de aproximadamente 200 personas, (73,5% femenino, 26,5% masculino). Los métodos utilizados fueron el cuestionario de Morinsky Green-Levine y el cuestionario de Martín Bayarre-Grau, obteniéndose como resultado, un nivel de adherencia del 45%; obteniéndose como conclusión que el bajo nivel de adherencia, se debe a la falta de educación sobre indicaciones médicas, como de conocimientos de la patología (9).

2.2. Marco Contextual

2.2.1. Descripción del área

El subcentro de salud Otavalo, brinda atención, en promoción y prevención, de salud, con énfasis en atención primaria, encontrándose bajo el dominio del Distrito 10DO2, perteneciente al cantón Otavalo. El establecimiento de salud cuenta con atención complementaria de farmacia, curaciones, clubes de atención a diabéticos, hipertensos y mujeres en periodo de gestación.

El centro de salud Otavalo, se encuentra ubicado en la calle Sucre y Estados Unidos, parroquia el Jordán, cuenta con 2 médicos en consulta externa, Un obstetra, 2 profesionales en psicología y 4 licenciadas en enfermería, postgradistas en medicina familiar, así como 17 técnicos en atención primaria en salud, provenientes de las comunidades en las áreas de influencia determinadas. Brincando atención de consulta externa, control escolar, control a mujeres embarazadas, seguimiento escolar, vacunación, curación de heridas y otros servicios de atención ambulatoria.

2.3. Marco Conceptual

2.3.1. Definición de envejecimiento

El envejecimiento es conocido como una serie de cambios fisiológicos, inevitables, que causan el deterioro, progresivo de las capacidades del individuo para adaptarse a su ambiente, lo que causa la disminución de su capacidad de respuesta, ante las amenazas nocivas de su ambiente, por lo que se vuelve vulnerable, ante las respuestas negativas de su ambiente (10).

2.3.2. Definición de Adulto Mayor

El término adulto mayor, es relativamente reciente, ya que antes se empleaban términos como anciano o individuo de la tercera edad, se emplea este término para referirse a los individuos que han cumplido más de 65 años, ya que este grupo de edad engloba una serie de particularidades, biológicas, sociales y psicológicas (11).

2.3.3. Cambios y características en el adulto mayor

En el adulto mayor se producen cambios en diferentes dimensiones del individuo, que reducen las capacidades con el avance de los años, y entre las principales modificaciones, se consideran en los campos: Físicos, psicológicos, sociales, económicos, y laborales.

- **Cambios físicos:** Por lo general los cambios físicos, se centran en los órganos de los sentidos, que reducen su agudeza y capacidades, entre los más afectados, se encuentran los sentidos de la vista, olfato, gusto, etc., en cuanto a la funcionalidad orgánica, se caracteriza por la disfunción progresiva del sistema inmunológico, que causa mayor susceptibilidad a infecciones, la masa muscular disminuye, aumenta la cantidad de grasa corporal, el sistema circulatorio se deteriora, lo que predispone a sufrir accidentes cardiovasculares, así como sufrir otras enfermedades, como cardiomegalia, hipertensión arterial, entre otras (10).
- **Cambios psicológicos:** Ese tipo de cambios son frecuentes enfermedades degenerativas de la memoria como el Alzheimer, pero fuera de estos problemas, se presenta de otra índole como el sentido de pérdida, de habilidades propias, así como por la muerte de familiares y allegados, así como la disminución de las interacciones sociales de actividades, como las del trabajo, que pueden provocar desde ansiedad hasta la muerte natural (12).

- **Cambios sociales:** Se caracterizan principalmente por la pérdida de roles, tanto en la toma de decisiones, así como la disminución de la interacción, que puede llegar a ser un aislamiento (13)

2.3.4. Hipertensión en el adulto mayor

La hipertensión a partir de los 65 años, se convierte en una patología tan frecuente, que puede llegar a afectar incluso al 60% de los adultos mayores, siendo la causa principal de complicaciones cardiovasculares, como accidentes cerebro vasculares, enfermedad coronaria, cardiomegalia, entre otras, aun así, no se debe considerar a la hipertensión como una causa normal del envejecimiento (14).

2.3.5. Definición y clasificación de la hipertensión

La hipertensión arterial primaria esencial, puede definirse básicamente como el aumento de la presión arterial sistólica igual o mayor a 140 mmHg y/o una presión arterial diastólica igual o mayor a 90 mmHg

| Categoría | Presión arterial sistólica mmHg | | Presión arterial diastólica mmHg |
|--------------------------------|--|-----|---|
| Óptima | 120 | y | 80 |
| Normal | 120-129 | y/o | 80-84 |
| Normal elevada | 130-139 | y/o | 85-89 |
| Hipertensión grado I | 140-149 | y/o | 90-99 |
| Hipertensión grado II | 160-179 | y/o | 100-109 |
| Hipertensión grado III | ->180 | y/o | ->110 |
| Hipertensión sistólica aislada | ->140 | y | <90 |

Tabla 1. Clasificación de la hipertensión según valores de referencia (15).

2.3.6. Protocolo de toma de la presión arterial

Para el control de la presión arterial se debe utilizar un esfigmomanómetro de mercurio, que debe estar calibrado adecuadamente, el paciente debe haberse mantenido en reposo durante un tiempo nunca menor a 10 minutos, debe realizarse con el paciente con la vejiga vacía, en un cuarto que en lo posible, sea muy cómodo, se debe colocar el brazo a nivel del corazón, se debe colocar el brazalete de medición, 2,5 cm. por encima del pliegue del codo, se debe palpar y auscultar el pulso radial, una vez realizado se debe insuflar, hasta que el pulso radial desaparezca e inmediatamente, insuflar a razón de 2mmHg por segundo, inmediatamente registrar la presión arterial sistólica, luego se debe registrar la presión diastólica, cuando se deja de escuchar el pulso (16).

2.3.7. Epidemiología de la hipertensión arterial

La hipertensión arterial se ha convertido en un serio problema de salud pública, ya que forma parte del grupo de enfermedades crónicas no transmisibles, y radica como un grave problema de salud pública, hasta el año 1980, se había diagnosticado a un total de 600 millones de personas a nivel mundial, en la actualidad se ha diagnosticado a alrededor de 1000 millones de personas con diagnóstico de HTA, de las cuales el 46% se encuentra en África, siendo este continente con la mayor prevalencia de casos, siendo un continente que cuenta con un débil sistema de salud, lo que dificulta el tratamiento y diagnóstico de esta enfermedad (1).

En Latinoamérica, entre el 20 y 30% de la población adulta, presenta un diagnóstico de hipertensión arterial, el conocimiento sobre esta enfermedad es bajo, es asintomática, lo que hace difícil que pueda ser diagnosticada, y esto es compartido, con los países denominados del primer mundo (17)

En el Ecuador, la hipertensión esencial primaria, se han presentado un total de 8653 casos diagnosticados, de los cuales, son adultos mayores en un alto porcentaje

(52,39%), radica como la tercera causa de morbilidad en el adulto mayor (7,25%) (18), pero en estos factores está implícito, la dificultad de ser asintomática en estados tempranos, por esto del 6,2 ha subido al 6,83% la incidencia en el total de la población adulta, y se denota una mayor afectación en el sexo femenino, con el 58,14% de los casos afectados (2)

2.3.8. Etiología de la hipertensión arterial

La hipertensión arterial primaria está causada por la convección de factores ambientales como estrés, ingesta de sodio alta, sedentarismo, aumento de peso, edad, estos factores sumados a una predisposición genética, determinada por un historial familiar de individuos hipertensos, forman el fenotipo de la hipertensión arterial y las alteraciones vasculares que lo componen (19).

La hipertensión arterial secundaria, se presenta como síntoma asociada a otras enfermedades asociadas como: Insuficiencia renal crónica, hipercortisolismo o enfermedad de Cushing, aumento de las catecolaminas (feocromocitoma) (19).

2.3.9. Fisiopatología de la hipertensión arterial en el adulto mayor

La HTA en el adulto mayor está determinada por las dos variantes en la presión arterial, el aumento de la presión arterial sistólica, realizada al endurecimiento de las paredes arteriales, que puede causar arterioesclerosis, causando que crezca la actividad y el esfuerzo del ventrículo izquierdo causando hipertrofia ventricular izquierda, que a largo plazo desencadena, insuficiencia cardiaca congestiva, patología de alta prevalencia en los adultos mayores, por otro lado el descenso de la presión arterial diastólica puede causar disminución del riego sanguíneo, aumentando el riesgo de una isquemia cerebral, produciéndose un ictus, así como daño renal por hipoperfusión (14).

2.3.10. Factores de riesgo asociados a complicaciones cardiovasculares

En el adulto mayor, generalmente se encuentra asociado a otros tipos de riesgos cardiometabólicos que aumentan el riesgo de sufrir complicaciones, así como eventos relacionados al daño causado por la hipertensión, entre estos se encuentran:

- Sedentarismo, o personas que presentan obesidad de tipo androide que aumentan riesgo de sufrir accidentes cardiovasculares, o arterioesclerosis.
- Daño orgánico asintomático, renal, engrosamiento de la pared carotídea, signos de deterioro renal (albuminuria elevada).
- Enfermedad cardiovascular o renal detectada, infarto de miocardio, accidente isquémico transitorio, retinopatía, infarto al miocardio previo.
- Enfermedades metabólicas asociadas a síndrome metabólico, diabetes mellitus tipo II, obesidad mórbida, dislipidemia (15)

2.3.11. Esquema de tratamiento según factores de riesgo

Según la ESH (Sociedad Europea de Hipertensión) se debe realizar las intervenciones tanto farmacológicas, basándose no solo en el grado de hipertensión que el paciente presenta sino también según los factores, que se presenta sin ser necesaria en todos los casos una intervención farmacológica sino limitándose a un tratamiento no farmacológico

Tabla 2. Esquema de tratamiento según grado de hipertensión y factores de riesgo (20)

| Factores de riesgo asociados | PA Normal alta (PAS 130-139 PAD (80 89) | HTA Grado I PAS (140-159) PAD (89-99) | HTA Grado II PAS (160-179) PAD (100-109) | HTA Grado III PAS >180 PAD > 110 |
|---|---|--|--|--|
| Sin factores de riesgo | No intervención | Cambiar estilos de vida varios meses, luego iniciar tratamiento con objetivo de 140/90 | Cambiar estilos de vida varias semanas, luego iniciar tratamiento con objetivo de 140/90 | Cambiar estilos de vida de inmediato, luego iniciar tratamiento con objetivo de 140/90 |
| 1 a 2 factores de riesgo | No intervención | Cambiar estilos de vida varios meses, luego iniciar tratamiento con objetivo de 140/90 | Cambiar estilos de vida varias semanas, luego iniciar tratamiento con objetivo de 140/90 | Cambiar estilos de vida de inmediato, luego iniciar tratamiento con objetivo de 140/90 |
| 3 o más factores de riesgo | No intervención | Cambiar estilos de vida varias semanas, luego iniciar tratamiento con objetivo de 140/90 | Cambiar estilos de vida, iniciar tratamiento con objetivo de 140/90 | Cambiar estilos de vida de inmediato, luego iniciar tratamiento con objetivo de 140/90 |
| Daño orgánico, diabetes mellitus o enfermedad renal | No intervención | Cambiar estilos de vida varias semanas, luego iniciar tratamiento con objetivo de 140/90 | Cambiar estilos de vida, iniciar tratamiento con objetivo de 140/90 | Cambiar estilos de vida de inmediato, luego iniciar tratamiento con objetivo de 140/90 |
| Enfermedad cardiovascular más factores de riesgo añadidos | No intervención | Cambiar estilos de vida varias semanas, luego iniciar tratamiento con objetivo de 140/90 | Cambiar estilos de vida, iniciar tratamiento con objetivo de 140/90 | Cambiar estilos de vida de inmediato, luego iniciar tratamiento con objetivo de 140/90 |

2.3.12. Tratamiento farmacológico de la hipertensión

El tratamiento farmacológico de la hipertensión, debe estar firmemente sustentado en la situación actual del paciente, basado en cuanto a la variabilidad que existe en las diferentes etapas del día que determinara el régimen de drogas que son adecuadas para el mismo, ya que para garantizar el tratamiento adecuado, se debe administrar el régimen farmacológico más adecuado. Así mismo según la condición del paciente, se deben fijar objetivos diana de presión arterial a conseguirse, de alcanzar la efectividad adecuada en el tratamiento (21).

- Presión arterial sistólica por debajo de 140 mmHg, ó 130 mmHg en diabéticos.
- Presión arterial diastólica por debajo de 90 mmHg, ó 85 mmHg en diabéticos.
- Frecuencia cardiaca entre 60 y 100 pulsaciones por minuto.
- Presión estable en todo momento del día (21).

2.3.13. Fármacos más utilizados en la hipertensión arterial

- **Diuréticos:** esta clase de drogas son las más utilizadas para el tratamiento de la hipertensión, junto a los betabloqueantes han demostrado ser los fármacos más efectivos en el control de la hipertensión, demostrando en estudios variados, su efectividad para prevenir complicaciones que causan morbilidad en adultos mayores, por su gran capacidad para la disminución tensional, estos a la vez se clasifican en: Diuréticos tiazídicos, diuréticos de asa, diuréticos ahorradores de potasio.

Su acción consiste en bloquear la reabsorción de electrolitos, principalmente del Na, ya que su efecto consiste en reducir la cantidad de sodio, aunque tienen varios efectos indeseables, al estimular la eliminación secundaria del K, así

como causar, daño en pacientes con afectación renal, así como alteración en el metabolismo de otros electrolitos, como el calcio pudiendo causar hipercalcemia, así como efectos indeseables, ginecomastia, impotencia sexual entre otros (16).

- **Betabloqueantes:** Son medicamentos muy utilizados en el control de la hipertensión arterial, ya que forman parte de los medicamentos de primera línea, por su efectividad y capacidad de revertir la hipertrofia ventricular izquierda, así también capaces de reducir en gran cantidad el gasto cardíaco, pero deben ser administrados bajo circunstancias adecuadas ya que pueden causar que problemas de salud preexistentes se agudicen.

Los fármacos pertenecientes a esta familia son el carvedilol, nadolol, propranolol, timolol, pindolol, carteolol, atenolol, bisoprolol, metoprolol, betaxolol. Su mecanismo de acción no es claro, pero, su acción consiste en reducir el estímulo adrenérgico, reducir el pulso cardíaco, disminuir la producción de renina, reducir el gasto cardíaco. Sus efectos secundarios, radican en su acción antagonista adrenérgico pudiendo causar insuficiencia cardíaca congestiva, bradicardia, broncoespasmo, disminuyen el flujo sanguíneo renal, hipercolesterolemia, causan resistencia a la insulina, entre otros. (22)

- **Antagonista del sistema renina angiotensina:** Estos grupos son muy avanzados y permiten un avance importante en la terapia antihipertensiva, estos se dividen en dos grupos (16):

- **Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA)**

Estos fármacos utilizados desde la época de los sesenta- sesenta supusieron un gran avance en la terapia antihipertensiva tanto primaria como secundaria, relacionada a otras patologías constituyéndose como droga de primera línea en

drogas antihipertensivas y se utilizan en monoterapia o en combinación con otros fármacos.

Su mecanismo, es el mejor en cuanto a detener o revertir la fisiopatología de la hipertensión ya que actúa sobre la cascada hormonal que contribuye a detener la producción de un fuerte vasoconstrictor como es la angiotensina II, y ayudando a mantener la biodisponibilidad de las prostaglandinas y el óxido nítrico, que les da una gran capacidad de vasodilatación periférica, así mismo reducen el daño renal y mejoran el filtrado de las proteínas reduciendo en grandes cantidades la albuminuria, así mismo se cree que tiene grandes efectos antisquémicos por su gran proliferación (16).

En este grupo de fármacos se encuentran: Captopril, zofenopril, enalapril, zenalapril, benazepril, , ramipril, trandolapril, fosinopril.

- **Antagonistas de los receptores específicos de la angiotensina II:** Estos fármacos han demostrado gran eficacia, al ser semejante a las IECA ya que muestran el mismo patrón farmacológico, teniendo excelentes efectos antihipertensivos, casi sin efectos secundarios, ya que sus efectos son similares a la IECA, esta droga puede ser administrada a las personas que presentan efectos indeseables con el uso de betabloqueantes como tos, náusea, aunque se ha demostrado que su uso puede causar elevación del nivel de angiotensina II, se cree que podría tener efectos secundarios a largo plazo, aunque esto no ha sido comprobado (16).

En este grupo se encuentran los siguientes fármacos: Losartán, Candesartán, Eprosartán, Irbesartán, Telmisartán, Valsartán

- **Antagonistas del calcio:** Son fármacos que puede utilizarse ampliamente en el tratamiento de la hipertensión arterial, ya que el calcio es imprescindible en los diversos procesos vasculares,

Conducción, relajación, excitación, vasodilatación entre otros, y por esta acción específica, inducen una enorme acción vasodilatadora, así como reductora del gasto cardíaco, que son dos problemas fundamentales a solucionar en la hipertensión arterial (16).

Se clasifican en diferentes grupos: como: benzodiacepinas: amlodipino, nifedipino, nicardipino, nitrendipino, lacidipino.

Sus efectos secundarios pueden ser cefalea, bradicardia por esta razón nunca debe ser combinado con un betabloqueante, estreñimiento, edemas maleolares, rubor, inflamación gingival o edema de gingival (complicación rara), prurito generalizado (raro).

2.3.14. Recomendaciones del JNC VIII para tratamiento farmacológico de la hipertensión.

El documento llamado Joint National Committee VIII es el que guía los últimos avances en la hipertensión formada por un grupo de expertos médicos especialistas en cardiología, marca pautas, para el tratamiento farmacológico de la hipertensión.

| Recomendación | Tipo de paciente | Tratamiento | Edad | PA objetivo |
|---------------|------------------------------------|---|----------------------------|--------------|
| 1 | Pcte. Sin factores de riesgo | Farmacológico si PAS >160mmHg | Aprox. 60 años | <140/90 mmHg |
| 2 | Pcte. Sin factores de riesgo | Farmacológico si PAD>90mmHg | Aprox. 60 años | <140/80mmHg |
| 3 | Pcte. Sin factores de riesgo | Ajustar tratamiento si PAS >140 mmHg | Aprox. 60 años | <140/80mmHg |
| 4 | Pcte. Con enfermedad renal crónica | Ajustar tratamiento si PAS >140 mmHg | Aprox. 18 años | -140/80 mmHg |
| 5 | Pcte. Diabético | Ajustar tratamiento si PAS >140 mmHg | Aprox. 18 años | -140/80 mmHg |
| 6 | Pcte. Diabético o sin riesgo | Tto. con diuréticos tiazídicos, calcio antagonistas, IECA o ARA | Población general | -140/80 mmHg |
| 7 | Pcte. Sin factores de riesgo | Diuréticos tiazídicos o calcio antagonistas | Población afrodescendiente | -140/80 mmHg |

| | | | | |
|---|---|--|---------------------------------|--------------|
| 8 | Pcte. Con enfermedad renal crónica | Inhibidor de la ECA | Aprox. 18 años y sin distinción | -140/80 mmHg |
| 9 | Pcte. Que no responde a monoterapia o doble terapia | Según la recomendación 6, evitando asociar un IECA y un antagonista de los receptores ARA II | Sin distinción de edad o raza | -140/80 mmHg |

Tabla 3. Recomendaciones del JNC VIII para tratamiento farmacológico (23)

2.3.15. Tratamiento no farmacológico

La modificación del estilo puede ser el único tratamiento necesario para las formas más leves de la hipertensión en las personas mayores. Eliminar el tabaco, reducción del exceso de peso corporal y el estrés mental, reducción del exceso de sodio y la ingesta de alcohol y aumento de la actividad física también puede reducir antihipertensivo las dosis del fármaco. La reducción de peso disminuye la presión arterial en individuos con sobrepeso, y combinado con la restricción de sodio, da lugar a grandes beneficios. La disminución de la presión arterial generalmente mejora con restricción de sodio en la dieta, aunque estos cambios son generalmente más grandes en los adultos mayores que en los adultos jóvenes. Aumentado la ingesta de potasio, ya sea por las frutas y verduras o pastillas, también reduce la presión arterial, especialmente en individuos con mayor restricción dietética de la ingesta de sodio. El consumo de más de 2 bebidas alcohólicas por día está fuertemente asociado con elevaciones de la presión arterial y disminuye generalmente después de reducir la ingesta de alcohol, aunque la evidencia es limitada entre los adultos mayores. El ejercicio de moderada intensidad provoca reducciones de la presión arterial similares a los de más regímenes intensivos (24).

2.3.16. Concepto de adherencia al tratamiento

Muchos autores discrepan sobre el concepto de adherencia ya que se puede reemplazar con la palabra cumplimiento, y sobre esto ha habido mucha discrepancia entre los autores por el concepto pero el más aceptado es el que da Epsein y Cluss en 1982 y para ellos la adherencia al tratamiento es: *“La coincidencia entre el comportamiento*

de una persona y los consejos de salud y prescripciones que ha recibido”. Pero este concepto implica muchas más conductas e incluso hace relación al tiempo ya que puede haber una adopción solo de ciertas medidas como el tratamiento farmacológico, el régimen de control médico, evitar conductas de riesgo, las conductas nutricionales adecuadas entre otras (25).

2.3.17. Factores que determinan la adherencia terapéutica

Son muchos los factores que influyen sobre la adherencia al tratamiento pero entre los principales se encuentran la naturaleza crónica y compleja de la enfermedad pero también a esta se adhieren una gran variedad de factores asociados a la socio demografía como la edad, el nivel de educación, el sexo, la condición económica, la condiciones del servicio de salud, la comprensión de la enfermedad, la relación entre médico y paciente y la complejidad del régimen farmacológico (26).

La adherencia es un proceso que debe cumplirse multilateralmente ya que la responsabilidad de la adherencia recae no solo sobre el paciente, sino sobre la familia, el servicio de salud y el profesional, ya que todos son responsables de la educación y el monitoreo del cumplimiento del tratamiento del paciente, su educación así como el incentivo y retroalimentación que debe recibir el paciente, otros factores relevantes son la disponibilidad de medicamentos y la tolerancia de los medicamentos antihipertensivos (26).

La tolerancia al régimen de medicamentos, es un factor de gran importancia, en cuanto a la adherencia ya que los efectos secundarios, pueden afectar el cumplimiento de la terapia farmacológica, aquí juega un papel importante el profesional que prescribe, ya que debe optar por drogas con efectos farmacológicos mínimos como los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), o los antagonistas de los receptores de la hormona renina angiotensina, que son fármacos con efectos secundarios casi nulos, lo que facilita el seguimiento del tratamiento farmacológico al paciente, así

mismo la capacidad de acceso a la medicación es un aspecto importante en la adherencia del paciente al tratamiento (26).

2.3.18. Formas de evaluación de la adherencia terapéutica

Consiste en evaluar el cumplimiento tanto de la terapia farmacológica, el cambio de los estilos de vida, así como a la asistencia a las citas de control médico, se pueden utilizar diversos métodos, incluyendo auto informes del paciente, auto informes de los familiares, conteo de la medicación, registro de retiro de medicación, o los métodos llamados objetivos, basados en los resultados, estos se pueden dividir en la toma de la presión arterial (27), o los métodos bioquímicos, que se componen de exámenes de orina, para determinar metabolitos en la sangre, de los medicamentos, aunque diversos investigadores consideran que estos no engloban los factores de adherencia al tratamiento como los subjetivos, ya que la adherencia se compone en su mayoría de fenómenos subjetivos, encaminados al aspecto psicológico del paciente (6).

2.3.19. Clasificación de la no adherencia al tratamiento

- **Incumplimiento parcial:** En ésta, el paciente se adhiere al tratamiento en algunos momentos
- **Incumplimiento esporádico:** Si el individuo incumple de forma ocasional (en personas ancianas que olvidan dosis o toman dosis menores por miedo a los efectos adversos).
- **Incumplimiento secuencial:** El tratamiento es abandonado por periodos de tiempo en que el paciente se encuentra bien y lo restablece cuando aparecen síntomas.
- **Incumplimiento completo:** Cuando el abandono del tratamiento es de forma indefinida; esta forma de incumplimiento es más frecuente en los jóvenes.
- **Cumplimiento de bata blanca:** Sólo se adhiere a tratamiento cuando está cercana la visita médica. (28)

Otras formas de clasificar la no adherencia o el incumplimiento terapéutico son:

- **PRIMARIA:** Cuando no se lleva la prescripción de la consulta o no la retiran de la farmacia
- **SECUNDARIA:** Cuando se toma una dosis incorrecta, en horarios incorrectos, olvidos en el número de dosis o bien se aumenta la frecuencia de la dosis, o se deja el tratamiento antes de lo indicado por el médico. En la atención primaria se ha estimado que del 6 al 20% de los pacientes a los que se les prescribe un medicamento no lo retiran de la farmacia (29).

Se evalúa la no adherencia también según la intencionalidad:

- **Incumplimiento intencionado:** Se refiere a dejar el tratamiento debido a los efectos adversos o al costo elevado.
- **Incumplimiento no intencionado:** Olvido de la dosis (30)

2.4. Marco legal

2.4.1. Constitución de la República del Ecuador

-Art. 10.- Las personas, comunidades, pueblos, nacionalidades y colectivos son titulares y gozarán de los derechos garantizados en la Constitución y en los instrumentos internacionales.

La naturaleza será sujeto de aquellos derechos que le reconozca la Constitución (31).

-Art. 32.-La Salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. ;

Que el Art. 50 de la misma Constitución de la República ordena:

-El Estado garantizará a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas o de alta complejidad el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente.; (31)

Que la Norma Suprema en el Art. 361 establece que:

-El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.; Que la Ley Orgánica de Salud dispone: —Art. 4.-La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control, vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias.; Que la Ley Ibídem manda:

-Art. 6.-Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: Definir y promulgar la política nacional de salud con base en los principios y enfoques establecidos en el artículo 1 de esta Ley, así como aplicar, controlar y vigilar su cumplimiento; Ejercer la rectoría del Sistema Nacional de Salud (31).

2.4.2. Ley del Anciano.

Art. 38.- El Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; asimismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas.

En particular, el Estado tomará medidas de:

- 1. Atención en centros especializados que garanticen su nutrición, salud, educación y cuidado diario, en un marco de protección integral de derechos. Se crearán centros de acogida para albergar a quienes no puedan ser atendidos por sus familiares o quienes carezcan de un lugar donde residir de forma permanente.*
- 2. Protección especial contra cualquier tipo de explotación laboral o económica. El Estado ejecutará políticas destinadas a fomentar la participación y el trabajo de las personas adultas mayores en entidades públicas y privadas para que contribuyan con su experiencia, y desarrollará programas de capacitación laboral, en función de su vocación y sus aspiraciones.*
- 3. Desarrollo de programas y políticas destinadas a fomentar su autonomía personal, disminuir su dependencia y conseguir su plena integración social.*

- 4. Protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole, o negligencia que provoque tales situaciones.*
 - 5. Desarrollo de programas destinados a fomentar la realización de actividades recreativas y espirituales.*
 - 6. Atención preferente en casos de desastres, conflictos armados y todo tipo de emergencias.*
 - 7. Creación de regímenes especiales para el cumplimiento de medidas privativas de libertad. En caso de condena a pena privativa de libertad, siempre que no se apliquen otras medidas alternativas, cumplirán su sentencia en centros adecuados para el efecto, y en caso de prisión preventiva se someterán a arresto domiciliario.*
 - 8. Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas.*
 - 9. Adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física y mental.*
- La ley sancionará el abandono de las personas adultas mayores por parte de sus familiares o las instituciones establecidas para su protección (32).*

2.5. Marco Ético

2.5.1. Principios éticos aplicados a la investigación en enfermería

El principio de autonomía establece que en el ámbito de la investigación la prioridad es la toma de decisiones de los valores, criterios y preferencias de los sujetos de estudio.

El principio de no maleficencia obliga a no dañar a los otros anteponiendo el beneficio, aun considerando las respuestas terapéuticas que implica el cuidado a la salud.

El principio de beneficencia se refiere al bien obtenido derivado de su participación y a los riesgos a los que se somete en relación con el beneficio social, potencial de la investigación. La mediación de los valores contenidos en los principios de autonomía y de justicia es necesaria para tomar decisiones menos discutibles.

El principio de justicia exige el derecho a un trato de equidad, a la privacidad, anonimato y confidencialidad. Igual se refiere a la distribución de los bienes sociales, que la investigación genere. (33)

CAPITULO III

3. Metodología de la investigación

3.1. Diseño de la investigación

La investigación es no experimental ya que no se realizó manipulación de las variables, por los objetivos propuestos, el enfoque es cuantitativo.

3.2. Tipo de estudio

Este estudio es de tipo descriptivo ya que permite presentar las variables en forma detallada, es de corte transversal ya que se realizó en un único tiempo.

3.3. Localización del estudio.

El centro de salud Otavalo se encuentra ubicado en el cantón Otavalo, provincia de Imbabura, en la parroquia El Jordán, en la Calle Sucre y Avenida Estados Unidos

3.4. Población

3.4.1. Universo

Se considera como universo a todos los usuarios mayores a 65 años que reciben tratamiento, para la hipertensión arterial del Centro de Salud de Otavalo total 41 personas

3.4.2. Muestra

No fue necesario el cálculo de la muestra por tener una población limitada, se trabajó con el 100% del universo.

3.4.3. Criterios de inclusión

- Individuos mayores de 65 años
- Pacientes que han sido diagnosticados y reciban un régimen de tratamiento
- Pacientes con diagnóstico de hipertensión esencial primaria
- Pacientes que aceptan ser parte de este estudio.

3.4.4. Criterios de exclusión

- Pacientes que expresen su voluntad de no ser parte del estudio.

3.5. Operacionalización de las variables

Detallar los estándares sociodemográficos del grupo de estudio

| Variable | Definición | Dimensión | Indicador | Escala |
|-------------------|---|-----------------------|---|---|
| Socio demográfica | Cualquier característica de la población que pueda ser medida es susceptible a un análisis demográfico. | Edad | Años de cumplidos | 65 – 70 70 – 75 75 – 80 80 – 85 85– o mas |
| | | Género | Características Sexuales | Masculino Femenino |
| | | Etnia | Etnia con la que se identifica el personal de salud | Afro Ecuatoriano Mestizo Indígena Blanco |
| | | Estado civil | Estado conyugal del individuo. | Soltero Casado Unión libre Divorciado Viudo |
| | | Estado socioeconómico | Recursos del paciente | Alta Media alta Media baja Baja |
| | | Nivel de escolaridad | Grado académico del paciente | Ninguno Primaria Secundaria Superior |

Controlar estándares de cumplimiento de citas médicas y del tratamiento de los pacientes

| Variable | Definición | Dimensión | Indicador | Escala |
|--|--|------------------------------|--|--|
| Estándares de cumplimiento del tratamiento y citas médicas | Hábitos que describen la calidad del cumplimiento del tratamiento del paciente | Citas médicas programadas | Grado de asistencia | Excelente Bueno Regular Malo |
| | | Asistencia al grupo de apoyo | Frecuencia de asistencia | Siempre A veces De vez en cuando Nunca |
| | | Complicaciones por la HTA | Condiciones de salud causadas por tratamiento nulo o inadecuado de HTA | Accidente cerebrovascular Infarto Síndrome metabólico Ninguna |
| | | | | |

Describir los factores que afectan y/o favorecen la adherencia al tratamiento

| Variable | Definición | Dimensión | Indicador | Escala |
|--|--|--|--|--|
| Factores que determinan la adherencia al tratamiento y citas médicas | Cualquier circunstancia que favorezca o perjudique al paciente para continuar con su tratamiento | Tiempo de diagnóstico | Tiempo desde que recibe tratamiento | Hace 6 meses o menos Hace 1 año Hace 2 años Hace 5 años o mas |
| | | Cumplimiento de estilos de vida saludables | Calidad de apego al tratamiento no farmacológico | Excelente Bueno Regular Malo |
| | | Indicaciones médicos | Calidad de educación brindada por el personal de salud | Excelente Buena Regular Mala |
| | | Complejidad del tratamiento | Dificultad de cumplir el tratamiento prescrito | Alta Media Baja |
| | | Acceso a la medicación | Frecuencia con la que recibe medicamentos gratuitos | Siempre A veces De vez en cuando Nunca |
| | | Control de la presión arterial | Presión arterial ideal para hipertensos (140/90 mmHg) | Controlada No controlada |
| | | Adherencia al tratamiento farmacológico | Grado de adherencia | Excelente Bueno Regular Malo |

3.6. Métodos y Técnicas

- **Métodos:**
- **Bibliográficos:** Para la construcción del marco teórico se hizo la revisión de bibliográfica a través de la biblioteca virtual de la Universidad Técnica del Norte, consultando páginas como LILACS, MEDLINE; ProQues, El Libro, y revistas científicas indexadas en Scielo, Enfermería Científica, la búsqueda se hizo utilizando DEC's Hipertensión, tratamiento, adhesión.
- **Técnica:** Para la recopilación de datos se utilizó la encuesta.
- **Instrumento:** Cuestionario estandarizado Morinsky, Green-Levine, adaptado al contexto de la investigación para determinar la adherencia al tratamiento de la hipertensión, conformado por 16 ítems.

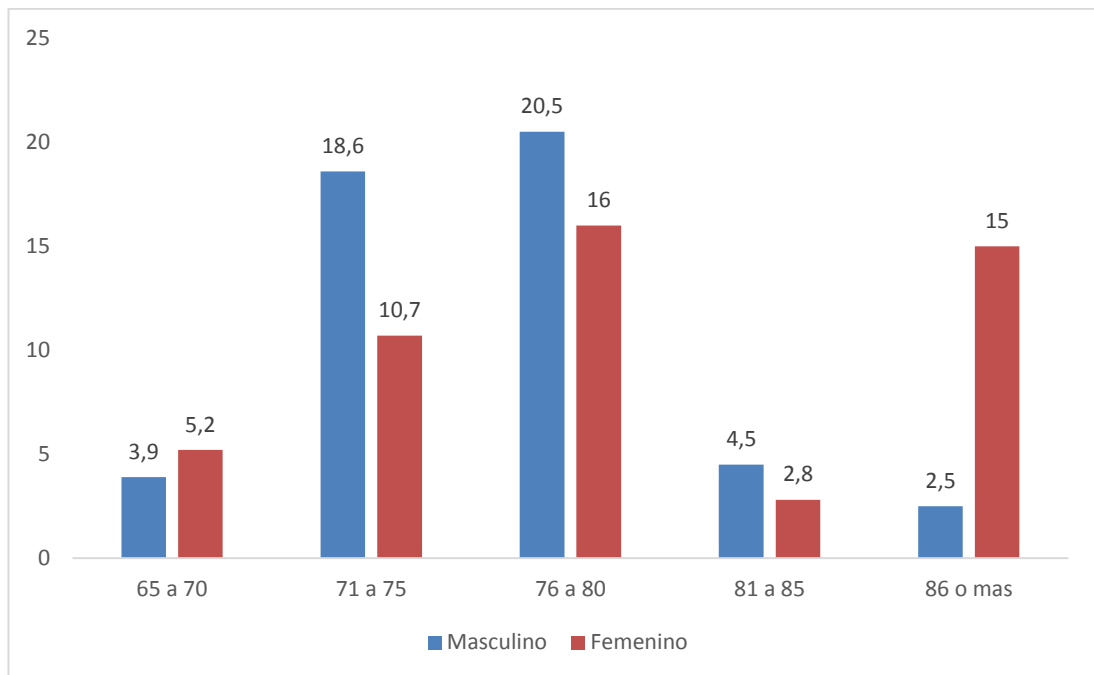
3.7. Análisis de los resultados

El análisis de los datos se realizará mediante gráficos ilustrativos, creados en el programa Microsoft Excel 2016, analizados en el programa EPI info acompañado de análisis referenciales.

CAPÍTULO IV

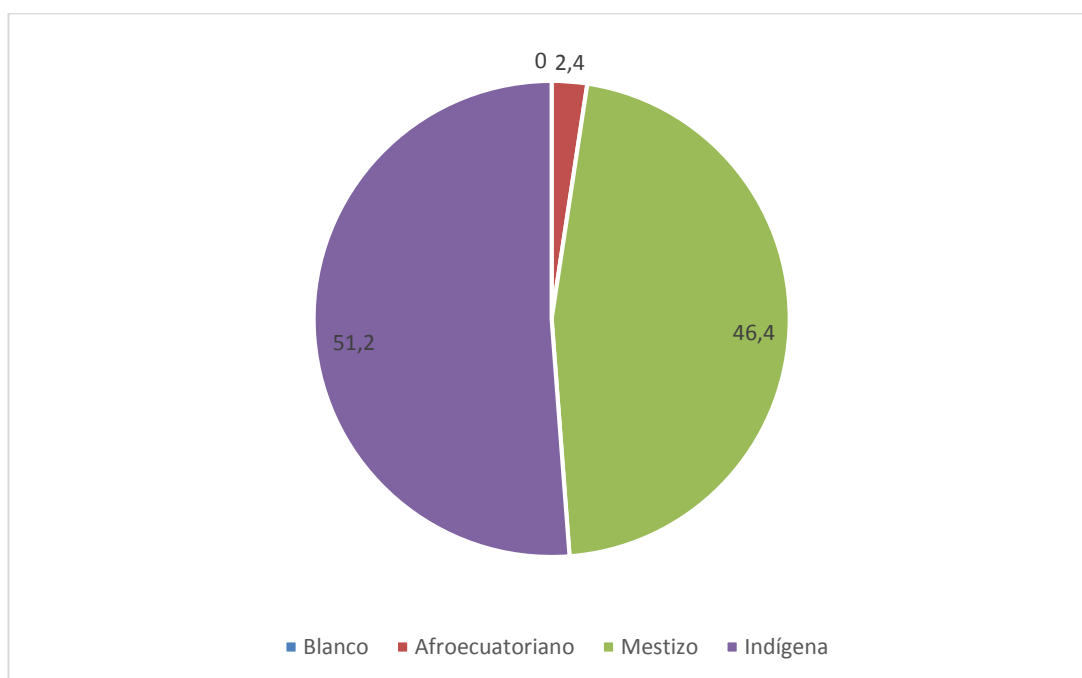
4. Resultados de la investigación

Gráfico 1. Población distribuida por grupo etario y género.



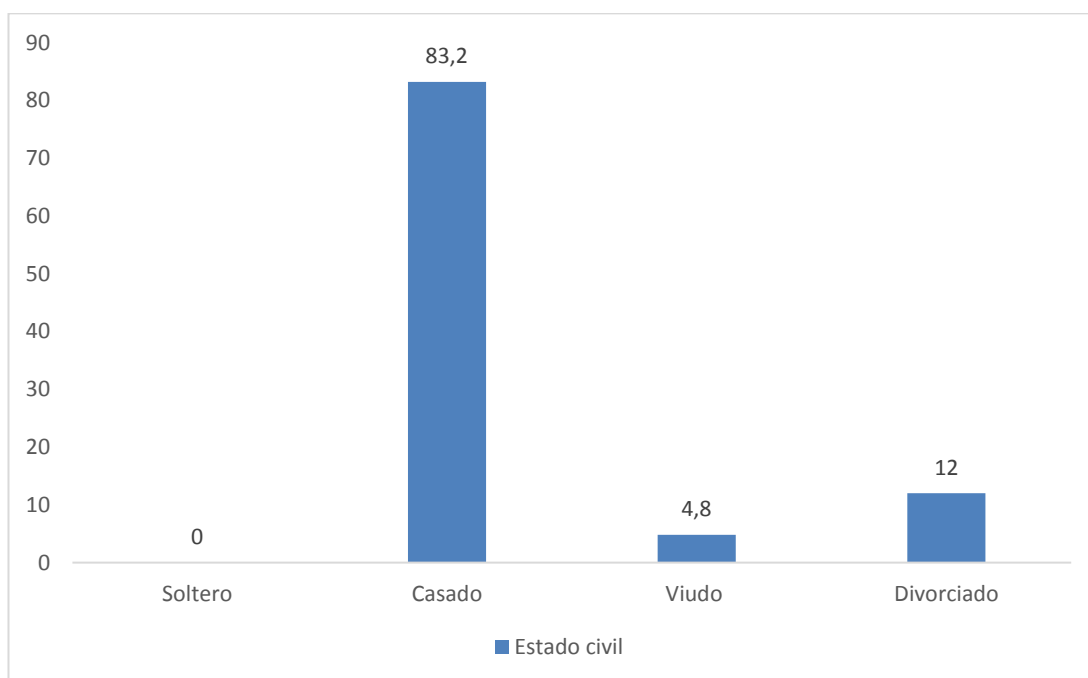
El grupo comprendido entre 76 a 80 años, es el mayoritario representa (36,5%); seguido por el grupo de 71 a 75 años (29,3%), con relación al sexo, el 50,1% son mujeres y el 49,9% son hombres. Según el INEC, en la cabecera cantonal de Otavalo, viven aproximadamente 50,8% adultos mayores de sexo femenino y 49,2% de adultos mayores de sexo masculino, en relación a la edad la mayor parte están entre los 70 a 75 años (41%). (34)

Gráfico 2. Población según etnia



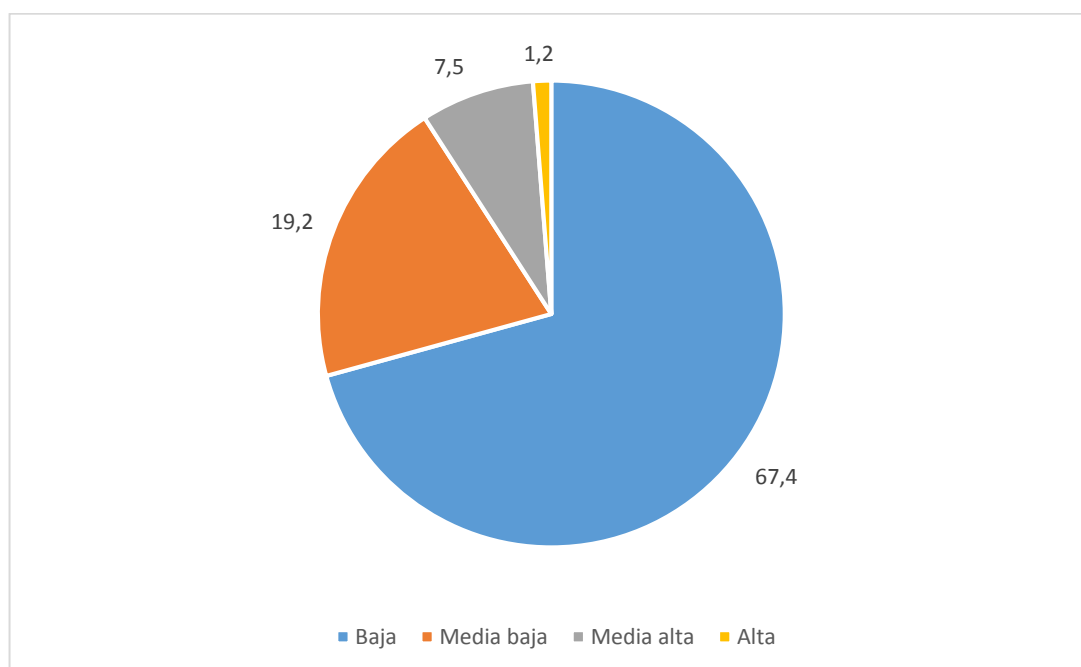
La mayoría de la población se auto identifica con la etnia indígena (51,2%); seguida por la etnia mestiza (46,4%), una minoría se auto identificadas con la etnia afro ecuatoriana, (2,4%). Según el INEC la población de la cabecera del cantón Otavalo, está compuesta por un 64,6% de individuos adultos mayores que se auto identifican como indígenas, una menor parte se identifican como mestizos (28,2%) y un (8,2%) se auto identifican como blancos, afro ecuatorianos u otros (34).

Gráfico 3. Población según estado civil



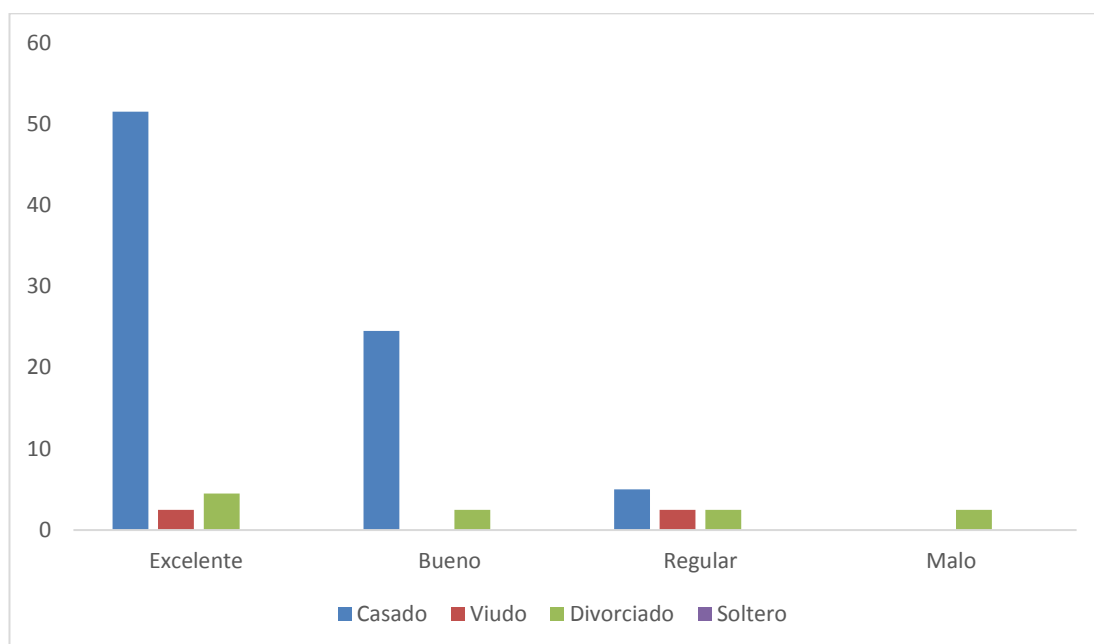
La mayoría de la población es de estado civil casado (83,2%), y un mínimo porcentaje son viudos (4,8%) y divorciados (12%). Según el INEC los adultos mayores, en gran mayoría están casados (42,6%), una parte menos representativa, está divorciada (12,6%), mientras que el 18,2% son viudos (34), y estos datos son semejantes a los obtenidos en la investigación.

Gráfico 4. Población de acuerdo a nivel de socioeconómico



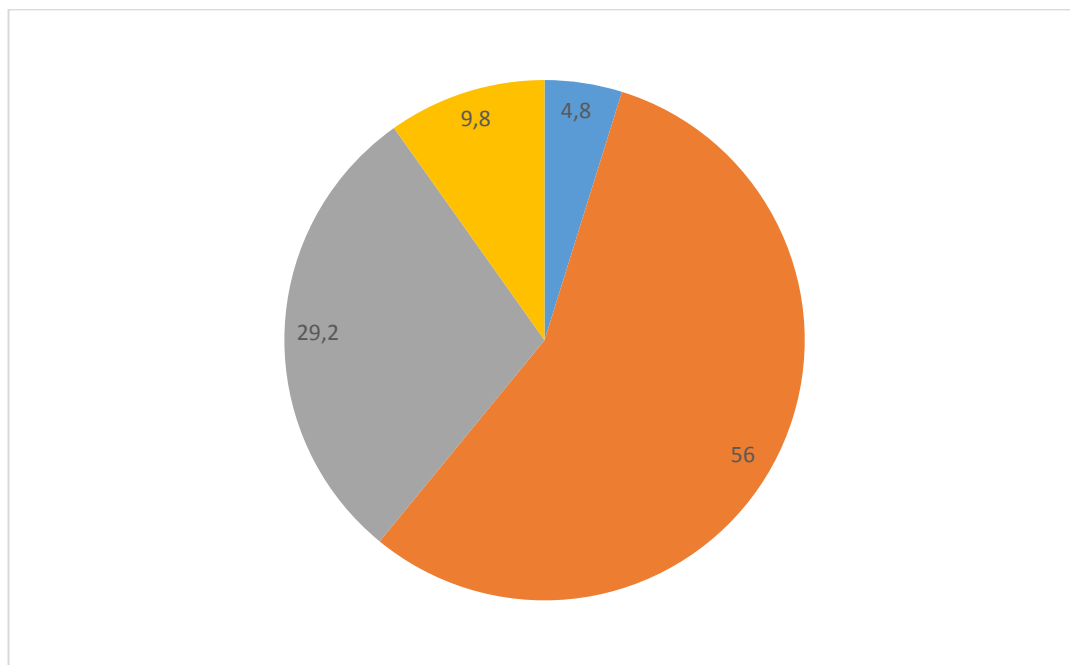
De acuerdo a la percepción de los adultos mayores, el 67,4% indica que su nivel socioeconómico es bajo a medio bajo el 19,2%, con una minoría del nivel socioeconómico medio alto (7,5%) y alto (1,2%). Según el INEC en la provincia de Imbabura, el nivel socioeconómico de los adultos mayores alcanza niveles de pobreza del 31,1%, con un porcentaje del 11,8%, que llega a la pobreza extrema (34).

Gráfico 5. Adherencia al tratamiento según estado civil



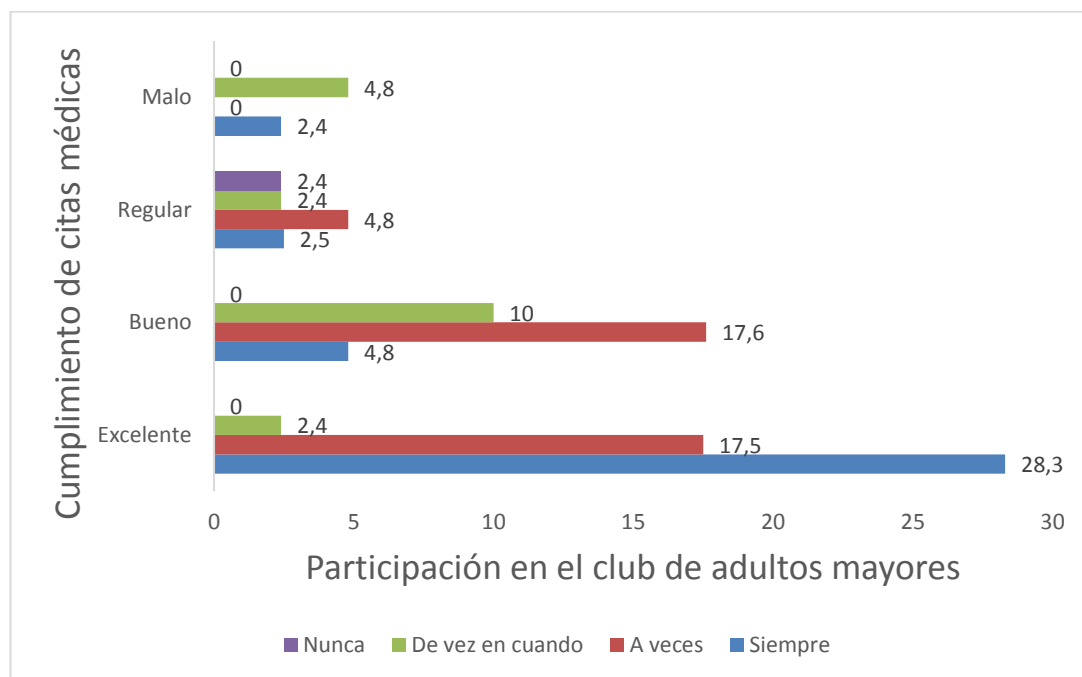
La adherencia al tratamiento es excelente en un 61% y buena en un 27%, con una pequeña parte regular (9%) y malo (3%). Según García y otros, en un estudio sobre adherencia al tratamiento y el rol socioeconómico que cumplen los pacientes mostraron una adhesión al tratamiento del (67%) (8) influenciado por la ayuda de allegados al paciente (39%). Se ha observado a través de este estudio y otros que el nivel de adherencia a tratamientos en personas adultas mayores es excelente, sin embargo, considerando el tipo de patología que trata este estudio, la adherencia debería ser mayor por los riesgos que implica no controlar la presión arterial. Y se debería incentivar que otros miembros de la familia se incluyan en el tratamiento del paciente.

Gráfico 6. Población según escolaridad



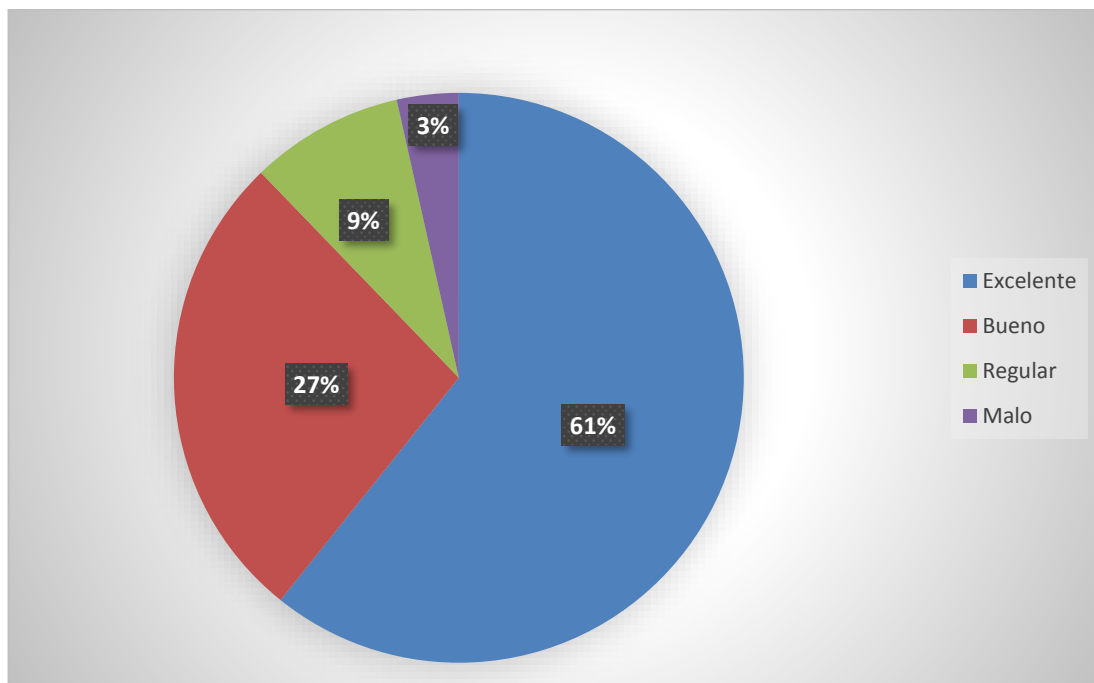
La gran mayoría de pacientes tienen primaria completa (56%), y el 29,2% nivel secundario y una minoría tiene estudios superiores (9,8%), y ninguna instrucción (4,8%), según el INEC, en la cabecera cantonal de Otavalo, el 46,2% de adultos mayores tienen un nivel de educación primaria, y un 25,5% tiene un nivel de educación secundaria, mientras el 12,4% tiene un nivel de educación superior y ninguna instrucción el 14,2% (34). Datos que se relaciona con los obtenidos en este estudio. El nivel de escolaridad incide directamente en la adherencia al tratamiento de hipertensión arterial.

Gráfico 7. Cumplimiento de asistencia a citas médicas y participación en el club de adultos mayores



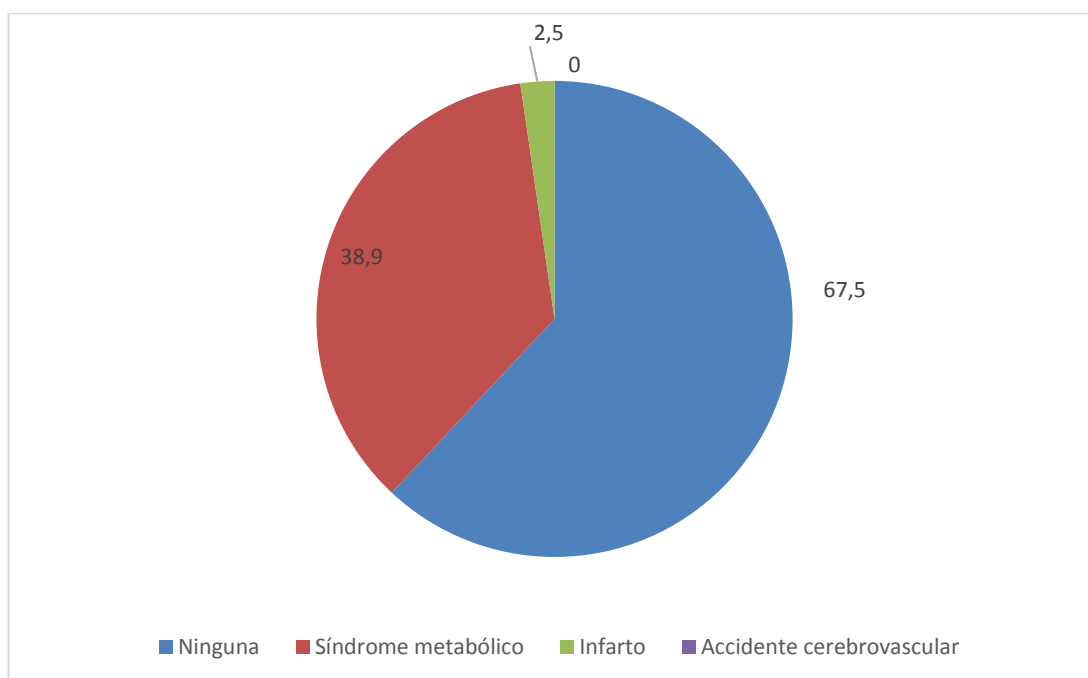
La asistencia a citas médicas es excelente (48,2%), y bueno, (31,2%), y ellos son quienes mayor participación tienen en las actividades del club. Se observa también que aquellos que tienen un cumplimiento regular (12,3%) o malo (7,2%) son quienes participan de vez en cuando (19,6%) o nunca (2,4%) en el club de adultos mayores. Según el estudio realizado por Quintan y Fernández Britto sobre asistencia a citas programadas en adultos mayores, descubrió que el 37,4% de los pacientes adultos mayores con alto porcentaje asistencia, asistían a otras actividades educativas para interactuar con otros pacientes. (35). Se puede aseverar que mientras mayor participación tengan los adultos mayores a actividades de recreación y de grupo. Su nivel de cumplimiento a citas médicas será mejor.

Gráfico 8. Adherencia al tratamiento farmacológico



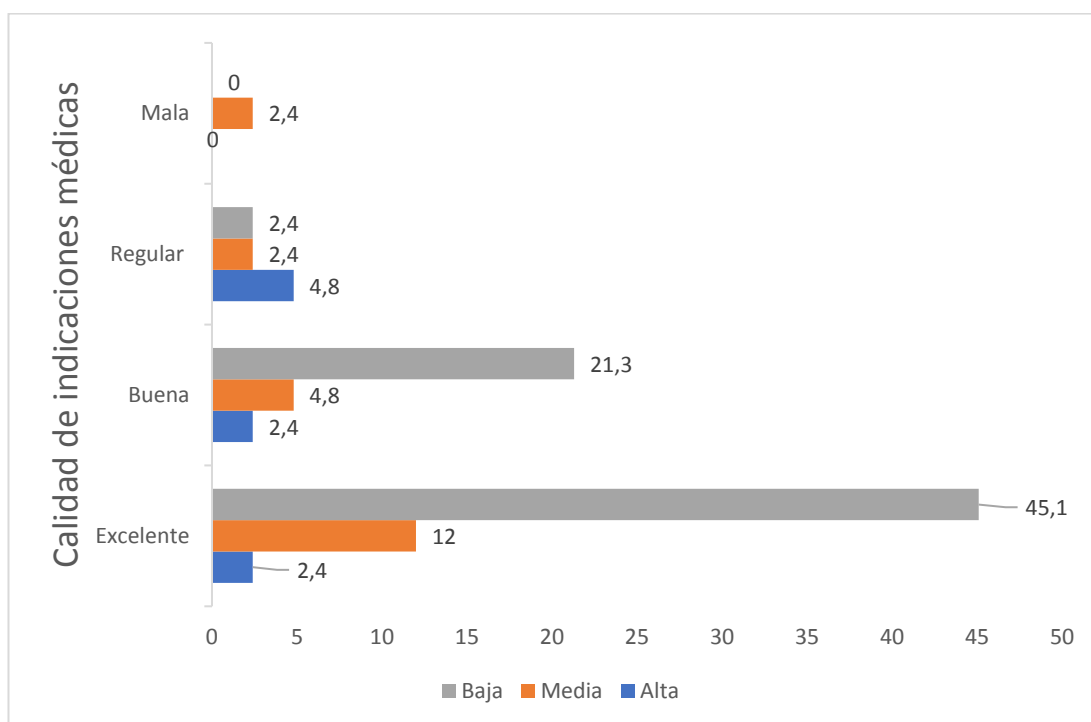
La adherencia al tratamiento es excelente en un 61% y buena en un 27%, con una pequeña parte regular (9%) y malo (3%). Según Llibre en un estudio sobre adherencia al tratamiento los pacientes mostraron una adhesión al tratamiento del (67%) (36). Se ha observado a través de este estudio y otros que el nivel de adherencia a tratamientos en personas adultas mayores es excelente, sin embargo, considerando el tipo de patología que trata este estudio, la adherencia debería ser mayor por los riesgos que implica no controlar la presión arterial.

Gráfico 9. Complicaciones asociadas a la hipertensión arterial



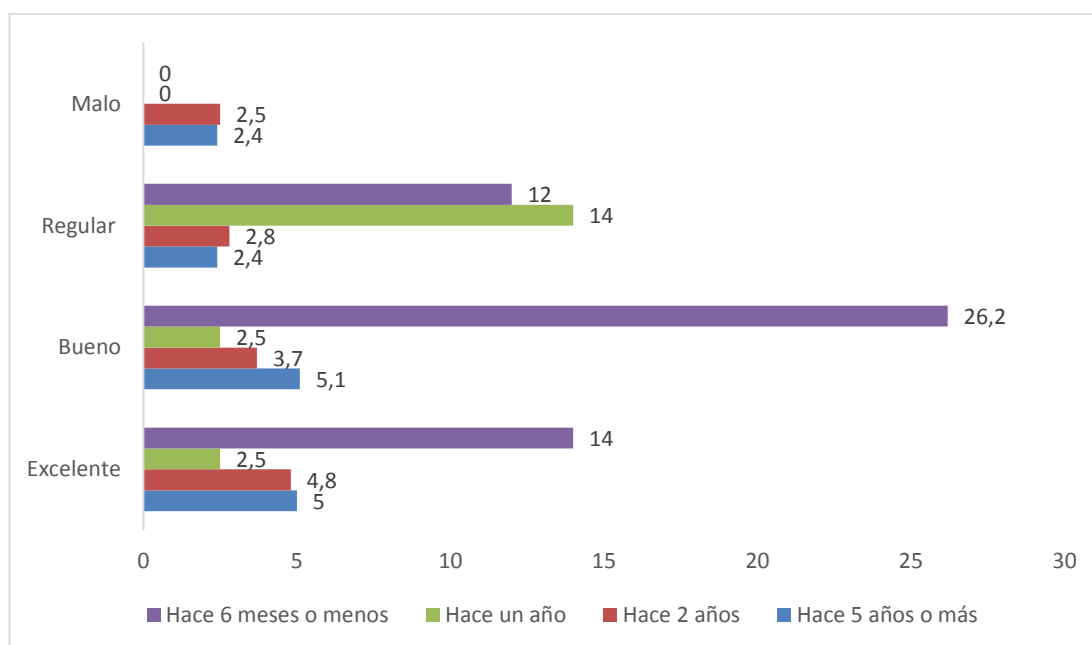
Las complicación más frecuentes asociada a la hipertensión es el síndrome metabólico (38,5%), y en mínima cantidad el infarto (2,5%) mientras el 67,5% de los individuos no presenta ninguna complicación, Según un estudio realizado en Cuba, el 28,9% de los individuos presentaban síndrome metabólico, y un 27, 1% presentó infartos, mientras un 12,9% presentó accidentes cerebro vasculares (37), lo que en cierta forma se asemeja a la investigación, aunque difiere en la incidencia de accidentes cerebrovasculares que es nula. La mayoría de estas complicaciones se presenta por falta de adherencia al tratamiento de hipertensión arterial.

Gráfico 10. Relación entre dificultad del tratamiento y calidad de educación de indicaciones médicas recibidas



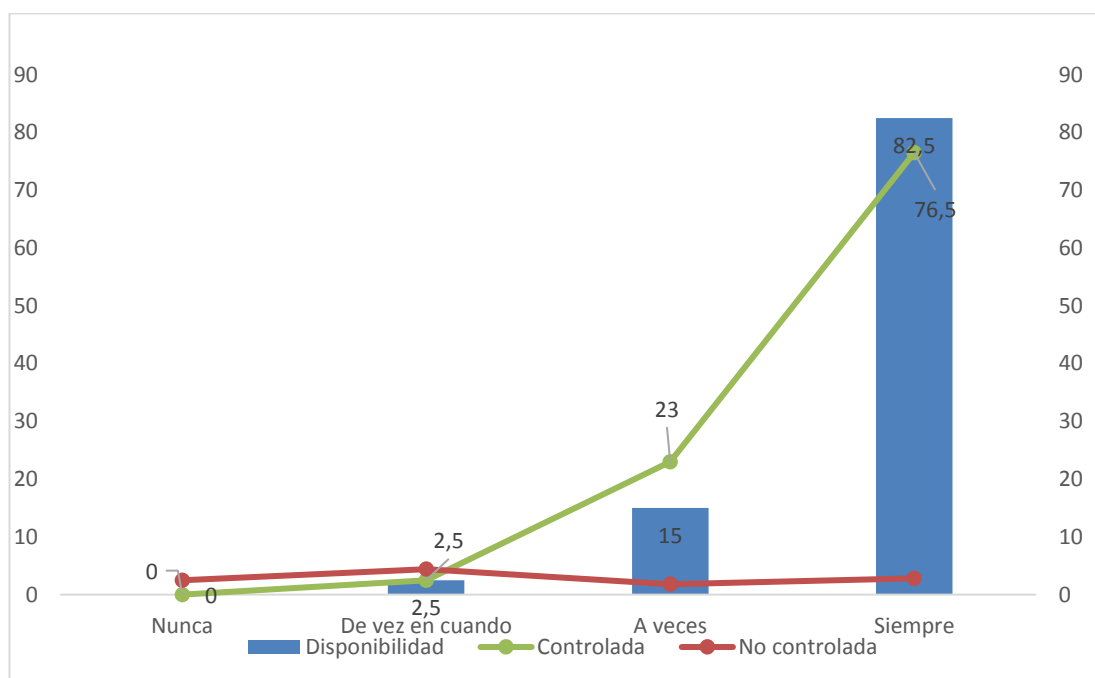
El 68,8% de los pacientes indican que la dificultad en las indicaciones de tratamiento es baja, el (59,5%) de los pacientes califican a la educación en relación al tratamiento como excelente. Se puede afirmar que la dificultad percibida por los pacientes, es proporcional, a la calidad de la educación recibida. Un estudio de adherencia, realizado en Chile, se muestra baja prevalencia de adherencia al tratamiento, (21,6%), tomado en cuenta, en gran manera por falta de educación y seguimiento al paciente y en general al manejo inadecuado de los pacientes (38).

Gráfico 11. Cumplimiento del tratamiento no farmacológico en relación al tiempo de diagnóstico



El cumplimiento del tratamiento no farmacológico, es en gran medida bueno (47,7%), y en cantidad importante bueno (25,8%) y también regular (21,7%), y en menor medida malo (4,8%) Según el estudio publicado por Holguín, et al, los pacientes se mantenían en un nivel de adherencia alto eran mayores (66,4%), y nivel medio (21,2%), mientras que un menor porcentaje se mantuvo en nivel bajo (12,4%) (5). Por lo que se puede alegar que es un nivel bastante bajo, ya que es parte trascendental del tratamiento, y a veces solo este tipo de medida es necesario para mantener la presión arterial bajo control, y se puede deducir que el tiempo de diagnóstico es proporcional al cumplimiento ya que los pacientes que han sido diagnosticados hace 6 meses muestran en su mayor parte un cumplimiento excelente (14%) a bueno (26%).

Gráfico 12. Acceso a la medicación relacionado al control de la presión arterial



El 82,5% indican tener acceso a la medicación prescrita, el 76,5% de los pacientes mantienen su presión controlada, una minoría que tiene acceso a la medicación de vez en cuando (2,5%), o a veces (15%), el 7,8% de los pacientes no mantienen su presión arterial controlada. Según estos datos, se puede inferir que el control de la presión arterial se relaciona directamente, con el acceso a la medicación, los pacientes que refieren tener acceso a la medicación, siempre (82,5%). Según un estudio de la situación de la hipertensión arterial en el ámbito de la salud pública, muestra que la adherencia al tratamiento y en consiguiente el control de la hipertensión arterial, está directamente relacionado con el acceso a la medicación, ya que los pacientes que muestran un nivel de acceso del (68,1%) a la medicación mostrando un nivel de adherencia alto (71,6%) (39)

CAPÍTULO V

5. Conclusiones y recomendaciones

5.1. Conclusiones

- La población de adultos mayores, del centro de salud Otavalo, son en su mayoría (51,2%) individuos que se auto identifican como indígenas, y mestizos un 46,4%, y una minoría como afro ecuatorianos, (2,4%), la edad de los individuos en su mayoría oscila entre los 76 a 80 años, 29,3%, así mismo en su mayoría, son de estado civil, casado (83,2%), y comparten una relación equitativa entre sexo masculino, (50,8%) y el sexo femenino (49,2%), en su mayoría afirman tener un nivel socioeconómico bajo, (67,4%), la mayoría tienen un nivel de instrucción de primaria (56%).
- El control de las citas se realizó mediante una escala, de relación entre citas asistidas y cumplidas, donde la mayoría se ubicó entre un nivel de asistencia excelente (38,2%) y buena (42,4%), y una parte menor se localizó en un nivel regular (12,3%) y malo (7,2%), relacionándose directamente con la asistencia al club de adultos mayores, ya que quienes asisten siempre, (35,5%), a quienes asisten de vez en cuando (19,6%) o nunca (2,4%).
- Los factores que intervienen en su mayoría para la adherencia al tratamiento farmacológico son el acceso a la medicación prescrita, ya que los individuos que tenían acceso a la medicación siempre (82,5%), muestran un nivel de adherencia al tratamiento, excelente (67,2%) a buena (34,2%), mientras la adherencia al tratamiento no farmacológico, tuvieron un nivel excelente (14,4%) a bueno (12,2%)

- La educación juega un papel trascendental, en la adherencia al tratamiento, labor en la que enfermeros/as, somos indispensables, y podemos marcar una enorme diferencia, en el control de la enfermedad de los pacientes.

5.2. Recomendaciones

Se recomienda al personal de enfermería:

- Implementar estrategias de educación participativa que este encaminada al cumplimiento de la adherencia al tratamiento de hipertensión arterial al 100% para disminuir las complicaciones asociadas.
- Al Centro de Salud Otavalo mantener activo al club de adultos mayores, ya que la medicación es solo una parte del tratamiento, al mantener a los adultos mayores en actividad, hace que la enfermedad esté controlada.
- La investigación, más amplia y profunda se hace trascendental, ya que los datos obtenidos dan la pauta, para profundizar sobre las repercusiones en la población de la no adherencia al tratamiento, así como los beneficios de mejorar el mismo.
- El personal de enfermería debe involucrarse más con los adultos mayores para garantizar la adherencia al tratamiento; así como también se recomienda que el personal de enfermería se capacite continuamente en técnicas de educación, protocolo de toma de tensión arterial y manejo de medicamentos antihipertensivos.
- A los estudiantes de enfermería, es recomendable que enfoquen sus investigaciones en el primer nivel de atención, ya que hay muchas acciones que los enfermeros/as podemos desarrollar en este nivel.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Información general sobre la hipertensión en el mundo. Suiza; 2013.
2. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Incidencia de la hipertensión. Revista E- análisis. 2013 Agosto; II(44): p. 16.
3. Distrito de salud 10D02 Otavalo, Antonio Ante. Epidemiología de las enfermedades crónicas no transmisibles. Boletín. Otavalo: Ministerio de Salud Pública, Prevención y control de enfermedades; 2015.
4. Ingaramo RA, Vita N, Bendersky M, Arnolt M. Estudio Nacional Sobre Adherencia al Tratamiento. Revista de la Federación Argentina de Cardiología. 2006 Febrero; 34(104): p. 104-111.
5. Holguín L, Correa D, Arrivillaga M. Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. Universitas psychologica. 2006 Octubre-diciembre; V(3).
6. Martín Alfonso L, Bayarre Veá H, Corugedo Rodríguez MdC, Vento Iznaga F. Adherencia al tratamiento en hipertensos de áreas de salud del nivel primario 2003-2007 en Cuba Habana: Editorial Universitaria; 2009.
7. Herrera Guerra E. Adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial. Avances en enfermería, Universidad de Antioquia. 2012; 30(2): p. 67-75.
8. Reza CG, López ML, Zeitouner RCG, Solano GS, Ávila LA, Del pilar MM. Rol socioeconómico y la adhesión al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial-contribución de enfermería. CUIDARTE Revista de investigación programa de enfermería UDES. 2012 Noviembre 12; 3(1): p. 280-286.
9. Castrillón JJC, Rubio CE, Cardona JFG, Mora ÁM, Parra JM, Orozco GAM, et al. Adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos atendidos en Assbasalud ESE, Manizales (Colombia) 2011. Revista de la Facultad de Medicina. 2012 Diciembre; 60(3).

- 10 Peña Moreno JA, Macías Núñez NI, Morales Aguilar FL. Manual de práctica . básica del adulto mayor. Segunda ed. México D.F.: Editorial El Manual Moderno; 2011.
- 11 Romero Quijada AR. Adulto mayor y sus cuidados en atención primaria de salud: . Una mirada a las representaciones sociales sobre el equipo de cabera y las acciones del programa del adulto mayor en CESFAM Laraquete. 2011..
- 12 Rocha JQ, Galliano LM, Siqueira FV. Hipertensión y la diabetes en una poblacion . cubierta por una unidad de atención primaria de salud en la ciudad de Pelotas, Brasil. 2015..
- 13 Daniel AC. Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. . Revista Cubana de Medicina General Integral. 2012 Abril-Junio; 28(2).
- 14 Sabán Ruiz. HTA del anciano: Control global del riesgo cardiometabólico Madrid: . Ediciones Díaz de Santos; 2012.
- 15 Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Rendon J, al e. Guía de práctica clínica de la . ESH/ESC 2013 para el manejo de la hipertensión arterial. Revista Española de Cardiología. 2013 Agosto; 66(10).
- 16 Machuca M, Parras M. Guía de seguimiento farmacoterapeutico sobre . hipertensión..
- 17 Armas de Hernández MJ, Armas Padilla MC, Hernández Hernández R. La . hipertensión en Latinoamérica. Revista Latinoamericana de Hipertensión. 2006 Enero; 1(1): p. 10-17.
- 18 Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Sitio web del Instituto Nacional de . Estadísticas y Censos. [Online].; 2006 [cited 2016 Junio 05. Available from: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Estudios/Estudios_Socio-demograficos/Perfil_Epidemiologico_Adul_Mayor_2006.pdf.
- 19 Bellido M, E. Lázaro Fernández JAL, Bellido Maicas C, Lázaro Fernández E, . Alcalá López J, Hernández Simón P, et al. Etiología y fisiopatología de la hipertensión arterial. Sociedad Castellana de Cardiología. 2008; 5(3): p. 141-160.

- 20 Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, Cifkova R, Heagerty AV, Kjeldsen SE, et al. Guía de 2007 para el manejo de la hipertensión arterial. 2007..
- 21 Machuca M, Marta P. Guía de seguimiento farmacoterapeutico sobre hipertension. . 2013. Organización Panamericana de la Salud OPS; Universidad de Granada.
- 22 AB, AC. Tratamiento de la hipertensión arterial: monoterapia o combinaciones. . Revista argentina de cardiología. 2011; 79(4): p. 355-363.
- 23 James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison Himmelfarb C, Handler J. JNC 8 - 2014 Directriz basada en la evidencia para el Manejo de la HTA. JAMA. 2014; 5(311): p. 507-520.
- 24 A Report of the American College of Cardiology Foundation Task Force on . Clinical Expert Consensus Documents. AHA Journal. 2011 Mayo 31; 10(1161): p. 2443-2445.
- 25 Maté MdCO,GSL,TMLÁ. Universidad de Cantabria. [Online].; 2010 [cited 2016 . Mayo 28. Available from: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/materiales-bloque-tematico-iv/tema-14-la-adherencia-al-tratamiento-1/14.2-concepto-de-adherencia-al-tratamiento>.
- 26 Organización Mundial de la Salud. World Health Organization. [Online].; 2004 . [cited 2016 Mayo 27. Available from: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid.
- 27 Piedrahita MC, Olarte LC, Rivas CD. Adhesión al tratamiento de la hipertensión . arterial en dos municipios de Colombia 2010-2011. Hacia la Promoción de la Salud. 2013 Enero-junio; 18(1): p. 81-96.
- 28 Factores moduladores de la adherencia farmacológica en hipertensión arterial: . estudio exploratorio. Hipertensión y Riesgo Vascular. 2009 Enero; 17(1).
- 29 Carhuallanqui R, Diestra Cabrera G, Tang Herrera J, Málaga G. Adherencia al . tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. Revista Médica Herediana. 2010 Abril;; p. 198-201.

- 30 Mainar AS, Llorca JG, Orti GM, Artieda RN. Influencia del cumplimiento . asociado a la incidencia de eventos cardiovasculares y los costes en combinaciones a dosis fijas en el tratamiento de la hipertensión arterial. Medicina Clínica. 2011 Febrero; 136(5): p. 183-191.
- 31 Asamblea Nacional Constituyente. Constitución de la Republica del Ecuador. . 2008. Sección sobre el Sumak Kawsay, Atención agrupos prioritarios.
- 32 Asamblea Nacional del Ecuador. Ley Especial del Anciano. 1991. Numero 127 . Registro oficial noviembre 1991.
- 33 L. P. Bioética de los principios y bioética de las virtudes: el debate actual en los . Estados Unidos. Revista Medicina y Etica. 2010; 3(21): p. 441.
- 34 Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Sistema de Indicadores Sociales del . Ecuador. [Online].; 2010. Available from: <http://www.siise.gob.ec/siiseweb/>.
- 35 Setién CQ, Rodríguez JEFB. Adherencia terapéutica farmacológica . antihipertensiva en adultos de atención primaria y factores relacionados con su incumplimiento. Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas. 2009 Abril-junio; 28(2): p. 52-66.
- 36 Rodríguez JL, Pardo TL, Fernandez LN, Guerra HM. Prevalencia de hipertensión . arterial, adhesión al tratamiento y su control en adultos mayores. Revista Cubana de Medicina. 2011; 50(3): p. 242-251.
- 37 Querol CM, Morejón CM. La hipertensión geriátrica, una prioridad en la atención . primaria de salud. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2010 Septiembre; 26(3): p. 467-482.
- 38 P SM, P MM, E JMM, OAB. Factores determinantes de cumplimiento terapeutico . en adultos mayores hipertensos. Revista médica de Chile. 2006;; p. 65-71.
- 39 ES, FT, R, FM, EN. Situación de la hipertensión arterial a nivel público y privado. . Revista Uruguaya de Cardiología. 2016;(31): p. 219-227.
- 40 Ben AJ, Neumann CR, Mengue SS. Prueba Morisky-Green y Brief Medication . cuestionaire para evaluar adherencia a los medicamentos. Rev. Saúde Pública. 2012 Feb 14; 46(2): p. 279-289.

ANEXOS

Anexo 1. Test de Morisky Green-Levine

Test de Morisky-Green-Levine para evaluar adherencia al tratamiento

| | | |
|--|--------------------------------|--------------------------------|
| ¿Alguna vez olvidó tomar sus medicamentos para la HTA? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Toma el medicamento en horas diferentes a lo indicado? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Cuando se siente bien, ¿deja de tomar el medicamento? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Si alguna vez el medicamento le cae mal, ¿deja de tomarlo? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

Se consideran

- Adherentes (ADT) a quienes contestan **No** a las cuatro preguntas
- No-adherentes (NADT) a quienes contestan **Sí** a una o más.

(40)

Anexo 2. Plan de charla

FORMATO DEL PLAN DE CHARLAS

| | |
|-----------------------|---|
| TEMA | Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial |
| OBJETIVO GENERAL | Concientizar y educar a los adultos mayores del Centro de Salud Otavalo sobre la gravedad, consecuencias y tratamiento de la HTA. |
| GRUPO BENEFICIARIO | Club de adultos mayores del Centro de Salud Otavalo |
| LUGAR | Sala de eventos de la Federación de Barrios Otavalo |
| FECHA y HORA | 2016-12-16 - 14:00 |
| DURACIÓN DE LA CHARLA | 15 minutos |
| RESPONSABLE | Edison Vinueza |

| CONTENIDOS | | TIEMPO en min | TÉCNICA | AUXILIAR DE APRENDIZAJE |
|-------------------------|--|------------------|----------------|----------------------------|
| 1 Presentación del Tema | Buenas tardes señoras y señores usuarios mi nombre es EDISON VINUEZA egresado de la carrera de Enfermería de la Universidad Técnica del Norte. | 1 minuto | Expresión Oral | |

| | | | | |
|--|---|-----------|----------------|----------------------|
| | En este día les voy a hablar sobre un tema muy importante que es la adherencia al tratamiento de hipertensión arterial | | | |
| 2.- Objetivos de quien va a dar la charla | Concientizar y Enseñar a Los usuarios del Centro de Salud Otavalo sobre la importancia de la adherencia al tratamiento de la HTA y los efectos de no seguirla. | 1 minuto | Expresión oral | Diapositivas |
| 3.- Introducción | Para nosotros los seres humanos, tener una salud adecuada es lo más importante para el desarrollo de la vida cotidiana, de ahí la importancia de mantener un cuidado adecuado de esta. La hipertensión arterial es una enfermedad crónica, de tratamiento complejo y de larga duración. | 2 minutos | Expresión oral | Material audiovisual |
| 4.- Motivación | Las cosas buenas llegan a los que saben esperar, las mejores a los que rinden y luchan y las grandes bendiciones a los que creen. | 1 minuto | Expresión oral | Diapositivas |
| 5.- Diagnóstico inicial del tema, | ¿Sabe Ud. ¿Qué es la HTA? ¿Tiene alguna idea de cómo prevenir la HTA? | 2 minutos | Expresión oral | Lluvia de Ideas |

| | | | | |
|---------------------------|---|-----------|----------------|-----------------------|
| preguntas a los usuarios | <p>¿Sabe usted que enfermedades previene si lleva un buen estilo de vida?</p> <p>¿conoce usted la importancia de mantener un tratamiento adecuado de HTA?</p> <p>¿Sabe usted cuantas personas sufren HTA?</p> | | | |
| 6.- Marco Teórico: | <p>¿Qué es la hipertensión arterial?</p> <p>La hipertensión arterial es una enfermedad común, en los adultos mayores que aumenta la resistencia de las arterias dificultando el flujo sanguíneo a través de los vasos. Como resultado, la presión sanguínea se eleva a niveles mucho más altos de los niveles normales.</p> <p>¿Por qué es importante mantener un régimen adecuado de tratamiento y control?</p> <p>Esta enfermedad no tiene cura y por tanto requiere un tratamiento de larga duración, que es tanto farmacológico como de cambios a estilos de vida</p> | 5 minutos | Expresión oral | Papelotes y trípticos |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | <p>saludables, que permita evitar complicaciones peligrosas que se producen por falta de control de enfermedad como accidentes cardiovasculares y daño renal</p> <p>¿Cuáles son los principales problemas para cumplir el tratamiento?</p> <p>Falta de comprensión de las indicaciones médicas</p> <p>Inadecuada comprensión de la importancia del tratamiento</p> <p>Falta de adherencia general al cambio de estilos de vida</p> <p>¿Cómo mejorar la adherencia al tratamiento?</p> <p>Pedir educación de ser necesaria al personal de salud</p> <p>Realizar actividad física mínimo 30 minutos al día</p> | | | |
|--|--|--|--|--|

| | | | | |
|--|--|-------------|----------------|--|
| | Reducir sodio, carbohidratos y grasas en los alimentos. | | | |
| 7.- Enumerar Temas | <p>¿Qué es la hipertensión arterial?</p> <p>¿Por qué es importante mantener un régimen adecuado de tratamiento y control?</p> <p>¿Cómo mejorar la adherencia al tratamiento?</p> <p>¿Cuáles son los principales problemas para cumplir el tratamiento?</p> | 30 segundos | Expresión oral | |
| 9.- Diagnóstico final del tema, preguntas a los usuarios y retroalimentación | <p>¿Sabe Ud. que es la HTA?</p> <p>¿Tiene alguna idea de cómo ayudar a quien padece de HTA?</p> <p>¿Sabe usted que debe hacer para prevenir HTA?</p> <p>¿conoce usted la importancia de la enfermedad?</p> <p>¿Sabe usted cual es el tratamiento de HTA?</p> | 3 minutos | Expresión oral | |

| | | | | |
|-----------------------------------|---|-------------------------|----------------|--|
| | <p>¿Tiene alguna idea de cómo mejorar el estilo de vida de una persona con HTA?</p> <p>¿Alguna persona quiere aportar algo en cuanto a la charla?</p> <p>¿Cómo se evaluaría la charla que acabo de explicar?</p> <p>Interesante, informativa o aburrida.</p> | | | |
| 10.- Agradecimiento | <p>Bueno he finalizado mi charla espero haya sido de su completo agrado y agradezco mucho por su atención prestada e invitarle a una nueva charla y que todos aprendamos cosas nuevas las cuales serán en beneficio de nosotros y estar informados, muchas gracias.</p> | 1 minuto 30 segundos | Expresión oral | |
| 12 Conclusiones y recomendaciones | <p>Conclusión</p> <p>La hipertensión es una enfermedad muy seria, que se presenta por el aumento de la expulsión de sangre por parte del corazón.</p> <p>Esta enfermedad conlleva a trastornos y dificultades, las mismas que deben ser tratada por</p> | 2 minutos | Expresión oral | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>un médico constantemente, debido a que pueden alterar el funcionamiento normal del cuerpo y provocar incluso hasta la muerte.</p> <p>El enfermo debe controlar su presión diariamente, para cerciorarse de que no se den complicaciones en la circulación sanguínea, además consumir medicamentos debidamente recetados por el galeno que tengan el conocimiento del grado de la patología que tenga el paciente.</p> <p>Recomendación</p> <p>Las personas deben tomar con más responsabilidad la hipertensión para evitar que esta patología produzca alteraciones muy graves que la lleven hasta a la muerte.</p> <p>El paciente que presenta la enfermedad debe realizarse chequeos médicos y recibir educación adecuada por parte del personal de enfermería</p> | | | |
|--|--|--|--|

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | La presión de la persona enferma debe ser controlada diariamente para cerciorarse de que no existan complicaciones que afecten a su salud normal. | | | |
|--|---|--|--|--|

Elaborado por: Edison Cristóbal Vinueza Játiva **Revisado por:** Dr. Douglas Barros

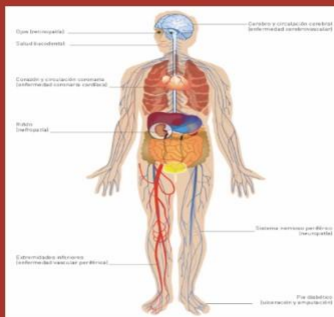
Anexo 3. Tríptico educativo



Complicaciones por falta de tratamiento medicamentoso

Las más frecuentes son:

- ACV
- Falla renal
- Infarto cardíaco



Falla renal

La presión excesiva puede dañar los vasos sanguíneos y deteriorar la capacidad de filtrar desechos del cuerpo



Infarto cardíaco y ACV

Ocurre cuando una parte del músculo del corazón muere por falta de sangre, porque una arteria, se obstruye, puede ser grave y mortal, el ACV ocurre cuando una arteria cerebral se rompe dañando el cerebro



Anexo 4. Firmas de Asistentes

| UNIVERSIDAD TECNICA DEL NORTE FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD CARRERA DE ENFERMERIA REGISTRO EDUCACION PACIENTES ADHERENCIA AL TRATAMIENTO | | | |
|---|--------------------------------|--------------|------------------------|
| Nº | NOMBRES DE LA PACIENTE/USUARIA | CEDULA | FIRMA |
| | | | |
| 1 | MIRIAM FUENTES | 100096111-8 | Miriam Fuentes de León |
| 2 | Angelina Ruiz | 100024093-2 | Angelina Ruiz |
| 3 | Rebeca Hamul | 100077217-6 | Rebeca Hamul |
| 4 | Nelly Jaramillo | 1700095795 | Nelly Jaramillo |
| 5 | Marcelo Monteros | 100064002-4 | Marcelo Monteros |
| 6 | Frao Medinilla | 1001211061-1 | Frao Medinilla |
| 7 | Rebeca | 100105275-4 | Rebeca |
| 8 | Transito Otavalo | 100123834-9 | Transito Otavalo |
| 9 | Inés Ruiz | 100016836-7 | Inés Ruiz |
| 10 | Eugenio Alvarado | 100092584-0 | Eugenio Alvarado |
| 11 | Magdalena Andrade | 10014536-5 | Magdalena Andrade |
| 12 | Sigfredo Antambra | 170342425-7 | Sigfredo Antambra |
| 13 | Leonor Aragón | 10043241-7 | Leonor Aragón |

| | | | |
|----|-----------------|-------------|-----------------|
| 14 | Rosa Campo | 170382001-1 | Rosa Campo |
| 15 | Flora Lidia | 100126135-1 | Lidia |
| 16 | Flora Mariana | 100072027-5 | Mariana Flora |
| 17 | Guaman Hignel | 100004154-9 | Hignel Guaman |
| 18 | Mercedes Ruales | 100067722-7 | Mercedes Ruales |
| 19 | José Rúa | 170505153-8 | José Rúa |
| 20 | Isabel Gerán | 100233569-1 | Isabel Gerán V |

Anexo 5. Imágenes charla educativa



Educando a adultos mayores



Club de adultos mayores Centro de Salud Otavalo

Anexo 6. Encuesta

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

Encuesta de valoración de adherencia al tratamiento

Estimado paciente: La presente encuesta está destinada a estudiar la adherencia al tratamiento en hipertensión arterial. Solo debe dar la mejor respuesta posible a las interrogantes que se plantean, de tener alguna duda, por favor manifestarla al aplicador, todas las respuestas serán guardadas con discreción y serán muy valiosas para este estudio. GRACIAS

Por favor encerrar el literal de la pregunta que más se acerca a su situación en las interrogantes

A)

Edad: 65 a 70

Grupo étnico: Mestizo

Estado civil: Soltero

Genero:

70 a 75

Indígena

Casado

Femenino

80 a 85

Afro ecuatoriano

Unión libre

Masculino

86 o más

Blanco

Divorciado

Montubio

Viudo

1.- ¿Cuál es su último nivel de estudios aprobado?

a) Ninguno b) Primaria c) Secundaria d) Superior

2.- ¿Cuál es la categoría que mejor describe su situación económica actual?

a) Baja b) Media baja c) Media alta d) Alta

B)

3.- Cuantas citas se ha programado para su control durante 6 meses

_____ Citas programadas _____ Citas asistidas, a) Excelente b) Bueno c) Regular
d) Malo

4.- ¿Con que frecuencia asiste a las charlas educativa, reuniones de club u otras actividades de educación?

- a) Siempre b) De vez en cuando c) A veces d) Nunca

5.- ¿Cómo describiría el cumplimiento del estilo de vida saludable indicado por su médico (reducir ingesta de sal, actividad física, reducir el consumo de grasas, alcohol, evitar el estrés, etc.)

- a) Excelente b) Bueno c) Regular d) Malo

6.- ¿Se olvida alguna vez de tomar sus medicamentos?

- a) Siempre b) De vez en cuando c) A veces d) Nunca

7.- ¿Toma sus medicamentos a la hora indicada?

- a) Siempre b) De vez en cuando c) A veces d) Nunca

8.- Cuando se siente bien ¿deja de tomar la medicación prescrita?

- a) Siempre b) De vez en cuando c) A veces d) Nunca

C)

9.- ¿Cuándo se le diagnóstico de hipertensión arterial?

- a) Hace 5 años o más b) Hace 2 años c) Hace 1 año d) Hace 6 meses o menos

10.- ¿Ha sufrido alguna de estas complicaciones de salud asociadas?

- a) Accidente cerebrovascular b) Infarto c) Síndrome metabólico d) Ninguna

11.- ¿Recibe ayuda de sus familiares o allegados para cumplir el tratamiento?

- a) Siempre b) A veces c) De vez en cuando d) Nunca

D)

12.- ¿Cómo calificaría la educación recibida por el personal de salud?

- a) Excelente b) Buena c) Regular d) Mala

13.- Indique según su percepción, la dificultad de cumplir estrictamente el régimen de medicamentos que recibe para tratamiento

a) Alta b) Media c) Baja

14.- Cuando cumple su régimen de medicamentos, ha sentido algún efecto secundario, (nauseas, dolor de cabeza, desmayos, diarrea, problemas de sueño, etc)

a) Siempre b) A veces c) De vez en cuando d) Nunca

15.- ¿Con qué frecuencia puede acceder a la medicación de manera gratuita, en el mismo centro de salud?

a) Siempre b) A veces c) De vez en cuando d) Nunca

16.- Presión arterial actual del paciente, según criterio de control médico

_____ - Controlada - No controlada

SUMMARY

Medical adherence to treatments for elderly has been directly influenced by culture, education and the medical monitoring to accomplish the treatment. This research was carried out in the Club for older adults who receive health treatment at “Centro de Salud Otavalo”. The objective was to identify factors to determine the adherence of the treatment for older adults, using a quantitative methodology, it was a descriptive study, a survey and observation forms were used to assess socioeconomic status and the adherence to the treatment. The results were presented in statistical graphs created in Microsoft Office Word, among the main ones, it was found that the level of adherence to pharmacological treatment was excellent, it was 61% and adherence to lifestyle changes was 47.7%. Also one of the main complications due to the lack of adherence was the metabolic syndrome, that was 38.8%, it was also found that those who had an excellent level of attendance for their medical appointments (68.8), they have always participated in the activities of this club (38.8%). On the other hand, the importance of education on medical indications was revealed, since those patients perceived that the difficulty was low (68%), they said, the received education was excellent (59.9%). It was concluded that nurses should be trained in patient education and management of antihypertensive drugs, due to serious complications, adherence to the treatment should be increased at 100%.

Keywords: Adherence, treatment, older, adult, hypertension

